almanahul

I 45664

'87 SĂNĂTĂȚII

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 87

EȘM

I 45664

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII '87

Au colaborat:

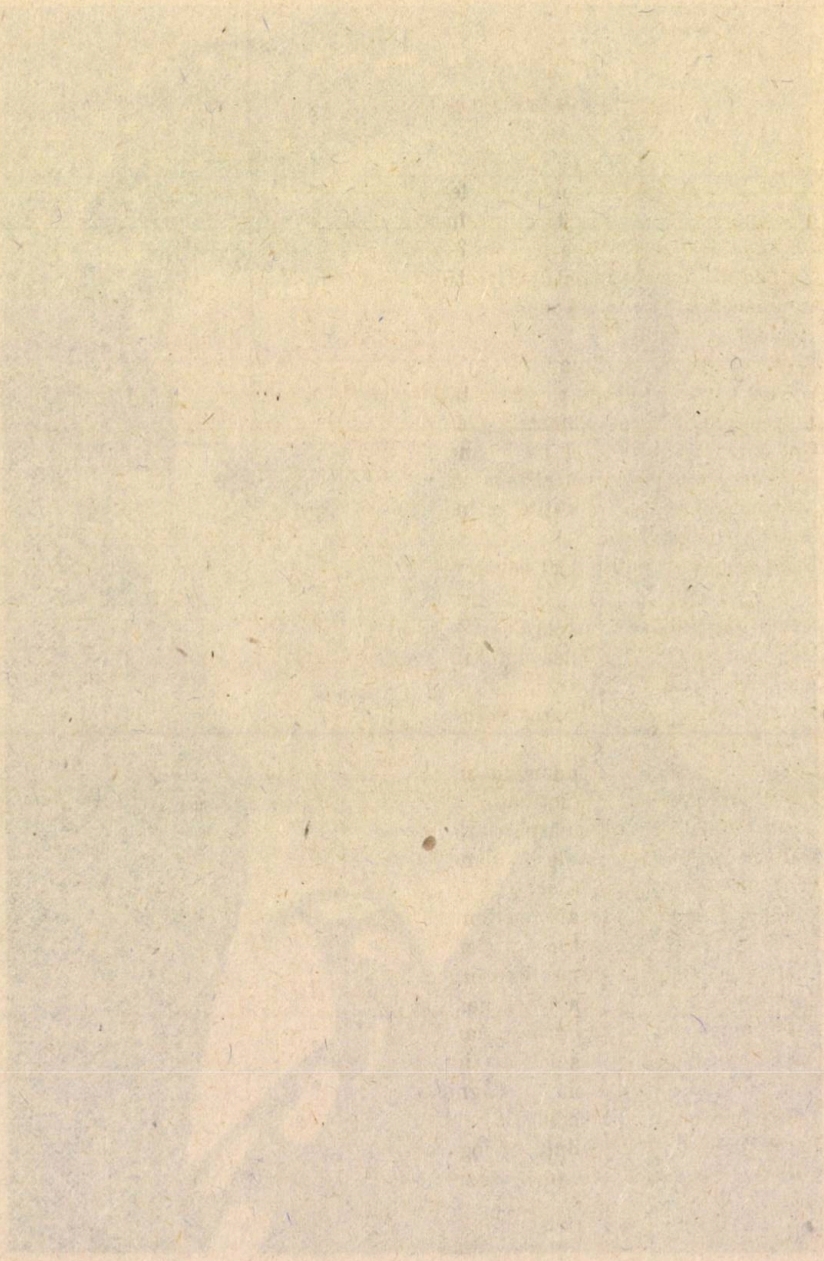
SOFIA ALEXANDRU, *dr.* EUGEN ALEXE, *dr.* DINU M. ANTONESCU, I. BANDRABUR, *conf. dr.* AL. BĂDĂNOIU, *conf. dr.* GH. BUCUR, M. BURDUJA, TITEL CANACHE, *dr.* RADU CĂRPINIȘAN, *farm.* SILVIA CHERECHEȘ, *psiholog* R.O. CLIT, *dr.* I. COJOCARU, *dr.* FLORIN COLONAȘ, *dr.* N. CRIȘAN, *farm.* LUDMILA COSMOVICI, *conf. dr. doc.* M. COTRĂU, *prof.* CONSTANTIN-AUREL DRAGODAN, *conf. dr.* IOAN DRĂGAN, *dr.* N. EVIAN, *dr.* K. FABRITIUS, *prof. dr. doc.* P. FIRU, TEODOR FRASIN, ELENA-LEONORA FRUGINĂ, *prof. dr.* MIRCEA GEORMĂNEANU, *dr.* AL. GHEORGHIU, PIA HAȚEGANU, *prof. dr. doc.* I. HAULICĂ, *dr.* IRINA HOLDEVICI, *dr.* OCTAVIAN IENIȘTEA, FLORIN IORDĂCHESCU, *dr.* SABIN IVAN, ELIZA MADOLCIU, *dr.* MADELEINE MĂICĂNESCU-GEORGESCU, *dr.* FLOREA MARIN, *dr.* M. MATEICIUC, D.C. MAZILU, *dr.* VLADIMIR MIHĂILESCU, I. MURGAN, *ing.* I. NEGREANU, *dr.* LIDIA NICA-UDANGIU, *dr.* ȘT. NICA-UDANGIU, NIC. NICOLAESCU, ALEXEI NICOLESCU, *prof. dr.* V. NITZULESCU, *dr.* OVIDIU OPRIAN, *dr.* MIHAI FLORIN VALER PASCU, *conf. dr. doc.* CORNELIA PĂUNESCU, *farm. dr.* ENGLETINA PELEGRINO, *conf. dr.* V. PETRESCU-COMAN, ARISTOTEL PÎRVULESCU, *dr.* PAULA I. POGĂCEANU, V.D.POPA, *conf. dr.* EMIL A. POPESCU, *dr.* OCTAVIAN POPESCU, ROMULUS POPESCU, IRINA-ROXANA PRĂJESCU, *dr.* MARIA PROCA, *dr.* I. RĂDULESCU, *dr.* ADRIAN RESTIAN, ILEANA ȘERBĂNESCU-BERAR, *ing.* RADU STOIANOV-OLTENIȚA, ADAM STOICA, GABRIELA TĂNASE, AVRAM D. TUDOSIE, N. TURTURESCU, *dr.* G. UNTEANU, I. VULPESCU, GH. ZARAFU, *farm.* L. ZISU.

Colectivul de redacție:

Redactor: IOAN MURGAN
Secretar de redacție: FLOAREA NIȚĂ
Tehnoredactor: STELUȚA VASILACHE
Graficieni:
CRISTEL RUDOLF și DORANA COȘOVEANU

EDITURA MEDICALĂ
BUCUREȘTI, 1987

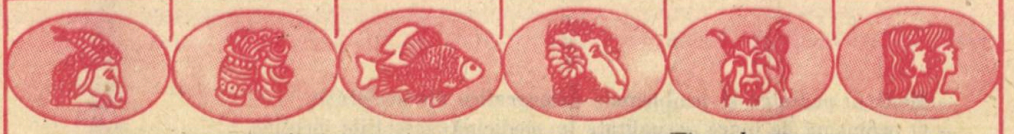
93312



DIN CUPRINS

— Medicul pediatru și problemele demografice ale societății
— O problemă de mare actualitate în medicină: infecțiile virotice
— Cu sau fără antibiotice la copil?
— Metode noi în tratamentul infarctului miocardic acut
— Reumatismul cronic la copil
— Hormoni și psihic
— Știți ce este mastodinia?
— Uneori astmul bronșic se poate trata și fără medicamente
— Suferințele bucomaxilofaciale ale diabeticului
— Un milenar aliment și medicament: mierea
— Abuzuri contemporane: alcoolul
— Schizofrenia și posibilitățile actuale de recuperare
— Sarea ... în bucate
— În ajutorul gospodinelor: conservarea alimentelor, cîteva rețete dietetice, îndepărtarea petelor
— Deviațiile coloanei vertebrale
— Medicina sportivă, clinica omului sănătos. Medicina viitorului!
— Morfinele creierului
— Însănătoșirea și mobilizarea voluntară
— Gastrită sau ulcer?
— Legumele, leacuri la îndemîna oricui
— Fumători — voință — motivație
— Cosmetică: întrebări și răspunsuri
— Malformațiile congenitale în domeniul otorinolaringologiei
— Prevenirea nevrozei la copil
— Probleme psihologice ale copiilor cu spitalizare prelungită
— Stilul de viață ca factor patogen
— Ce trebuie să știm despre enurezis
— Cum să ne apărăm sănătatea dentară
— Sindroame congenitale grave, dar evitabile, la nou-născuți
— Pneumopatiile cu virus sau de tip viral
— Pruritul: de la simptom la diagnostic
— Veșnic tînăra... nitroglicerină
— Parazitologia este o știință ecologică
— Glume, anecdote, epigrame, versuri, jocuri rebusiste.

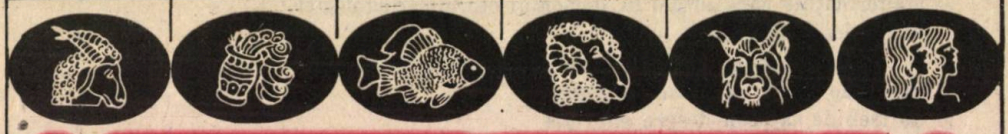
CALENDAR 1987



	IANUARIE	FEBRUARIE	MARTIE	APRILIE	MAI	IUNIE
L.	5 12 19 26	2 9 16 23	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	1 8 15 22 29
M.	6 13 20 27	3 10 17 24	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26	2 9 16 23 30
M.	7 14 21 28	4 11 18 25	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27	3 10 17 24
J.	1 8 15 22 29	5 12 19 26	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28	4 11 18 25
V.	2 9 16 23 30	6 13 20 27	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29	5 12 19 26
S.	3 10 17 24 31	7 14 21 28	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30	6 13 20 27
D.	4 11 18 25	1 8 15 22	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31	7 14 21 28

	IULIE	AUGUST	SEPTEMBRIE	OCTOMBRIE	NOIEMBRIE	DECEMBRIE
L.	6 13 20 27	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28
M.	7 14 21 28	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29
M.	1 8 15 22 29	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30
J.	2 9 16 23 30	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31
V.	3 10 17 24 31	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25
S.	4 11 18 25	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26
D.	5 12 19 26	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27

CALENDAR 1988



	IANUARIE	FEBRUARIE	MARTIE	APRILIE	MAI	IUNIE
L.	4 11 18 25	1 8 15 22 29	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30	6 13 20 27
M.	5 12 19 26	2 9 16 23	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31	7 14 21 28
M.	6 13 20 27	3 10 17 24	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	1 8 15 22 29
I.	7 14 21 28	4 11 18 25	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26	2 9 16 23 30
V.	1 8 15 22 29	5 12 19 26	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27	3 10 17 24
S.	2 9 16 23 30	6 13 20 27	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28	4 11 18 25
D.	3 10 17 24 31	7 14 21 28	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29	5 12 19 26

	IULIE	AUGUST	SEPTEMBRIE	OCTOMBRIE	NOIEMBRIE	DECEMBRIE
L.	4 11 18 25	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26
M.	5 12 19 26	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27
M.	6 13 20 27	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28
J.	7 14 21 28	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29
V.	1 8 15 22 29	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30
S.	2 9 16 23 30	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31
D.	3 10 17 24 31	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25

EDITORIAL '87

La acest început de an, important moment al istoriei contemporane a patriei noastre socialiste, cînd poporul român păşeşte în cel de al doilea an al cincinalului 1986—1990, ni se oferă prilejul de a scoate din nou în evidenţă importantele succese obţinute de oamenii muncii din sectorul ocrotirii sănătăţii în anul 1986, an de trecere la un nou stadiu de dezvoltare economico-socială a ţării, la o nouă calitate a muncii şi a vieţii întregului nostru popor.

În spiritul umanismului revoluţionar ce caracterizează întreaga politică a partidului şi statului nostru, în cadrul programului general de dezvoltare economică şi socială a ţării, de ridicare a gradului de civilizaţie şi cultură a poporului, societatea noastră este preocupată să ofere tuturor cetăţenilor condiţii tot mai bune pentru întărirea continuă a stării de sănătate, pentru ocrotirea şi consolidarea familiei, crearea unei ambianţe favorabile dezvoltării sănătoase, menţinerea vigorii şi tinereţii întregii naţiuni. An de an, statul nostru socialist alocă importante fonduri pentru înfăptuirea unui complex de măsuri menite să conducă la prevenirea şi combaterea cauzelor de îmbolnăvire, la prelungirea duratei active în viaţa omului, la creşterea unor generaţii viguroase capabile să ducă mai departe, în practică, ţelurile construcţiei socialiste multilateral dezvoltate şi înaintarea României spre comunism.

Realizările obţinute în primul an al cincinalului actual, precum şi prevederile stabilite pentru anul următor, asigură îndeplinirea cu succes a hotărîrilor stabilite de Congresul al XIII-lea al P.C.R. pentru această etapă de dezvoltare a ţării. Eforturile depuse de întregul nostru popor, sub conducerea înţeleaptă a partidului, a secretarului său general, stau chezăşie la făurirea noii societăţi, a unei noi calităţi a vieţii pe pămîntul României socialiste.

Programul Partidului Comunist Român de dezvoltare economico-socială a ţării pune în faţa oamenilor muncii din toate sectoarele de activitate şi, în mod deosebit, în faţa ştiinţei şi învăţămîntului, a cercetării ştiinţifice, sarcini de mare răspundere, chemate să sporească necontenit aportul tuturor celor care lucrează în aceste importante sectoare de muncă la transpunerea exemplară în practică a cerinţelor noii revoluţii tehnico-ştiinţifice în viaţa poporului nostru. Asigurarea sănătăţii populaţiei, promovarea capacităţii de muncă şi de creaţie a tuturor cetăţenilor sînt în deplină concordanţă cu progresul tehnico-ştiinţific, cu cerinţele mereu în creştere pe care le impune evoluţia societăţii în etapa actuală.

La baza întregii activităţi medico-sanitare se situează perfecţionarea continuă a asistenţei medicale, promovarea cu consecvenţă a principiilor de bază ale medicinii socialiste, care pune pe prim-plan apărarea sănătăţii întregii colectivităţi, amplificarea şi dezvoltarea mijloacelor şi metodelor profilactice, vizînd prevenirea îmbolnăvirilor, întărirea capacităţii de apărare a organismului uman faţă de factorii de risc din mediul ambiant, folosirea cu maximă eficienţă a factorilor naturali meniţi să ducă la consolidarea stării de sănătate a omului. Avem în prezent peste 200 000 de paturi în unităţi spitaliceşti moderne, de mare randament şi de înaltă tehnicitate; pe teritoriul judeţelor funcţionează 5 500 de dispensare medicale şi peste 500 de policlinici; s-a creat o reţea de instituţii sanitare la locul de muncă, în mod deosebit pe marile platforme industriale, pe şantiere, în exploatările miniere, petroliere şi forestiere. În România socialistă lucrează în prezent peste 47 000 de medici şi 132 000 de cadre medii sanitare, ţara noastră situîndu-se printre ţările cu o bună acoperire în ceea ce priveşte personalul medico-sanitar. Anul 1986 s-a caracterizat prin rezultate bune în privinţa evoluţiei principalilor indicatori ai stării de sănătate a populaţiei, cu deosebire în ceea ce priveşte curba mortalităţii generale şi infantile, a morbidităţii prin boli transmisibile, a incapacităţii temporare de muncă, a frecvenţei unor boli cronice cu evoluţie de lungă durată. Ridicarea continuă a pregătirii practice a cadrelor medico-sanitare şi, în mod deosebit, a medicilor din reţeaua de medicină generală, prin efectuarea de stagii prelungite în principalele domenii ale practicii medicale, asigură premisele creşterii permanente a calităţii actului medical. Cei aproximativ 20 000 de medici de medicină generală, care lucrează nemijlocit în reţeaua medicală de bază, constituie o puternică forţă de acţiune pentru punerea fermă în aplicare a programelor de prevenire, combatere şi asistenţă medicală elaborate de organele sanitare în domeniul bolilor cardiovasculare, al bolilor aparatului respirator, reumatice, al bolilor metabolice şi de nutriţie, al bolii canceroase, al bolilor sistemului nervos ş.a.

EDITORIAL'87

În programul noilor obiective pe anul 1987 sînt cuprinse multiple acțiuni menite să continue punerea în aplicare a măsurilor preventive, curative și de recuperare, care să determine dezvoltarea, pe mai departe, a stării de sănătate a populației, prin amplificarea tuturor mijloacelor stabilite de conducerea partidului și statului nostru în domeniul sănătății publice.

Multiple preocupări sînt prevăzute în ceea ce privește evoluția fenomenului demografic, în stadiul condițiilor care oferă certitudinea că acest fenomen va continua să aibă o curbă ascendentă, așa cum prevede programul general de dezvoltare social-economică a țării. Legea obligă unitățile și personalul sanitar să desfășoare o activitate susținută de educație și informare sanitară, care să ducă nemijlocit la creșterea natalității, să asigure condiții optime pentru îngrijirea și ocrotirea femeii, dezvoltarea sănătoasă a nou-născuților, a copiilor și tinerilor. Acordînd atenția noastră îngrijirii medicale, supravegherii și ocrotirii sănătății femeii, personalul sanitar asigură cadrul necesar ca aceasta să-și poată îndeplini importantul său rol social de mamă, pentru creșterea și educarea de copii sănătoși, dezvoltați în mod corespunzător, din punct de vedere fizic și intelectual.

Organizarea tot mai bună a asistenței medicale la locul de muncă a personalului încadrat în industrie reprezintă, de asemenea, unul din obiectivele majore ale activității medico-sanitare în acest an. Studiul factorilor ce pot favoriza reducerea capacității biologice de apărare a organismului, a condițiilor ce pot influența curba morbidității cu incapacitate temporară de muncă, în scopul înlăturării lor din procesele de producție, constituie elemente primordiale ale activității cadrelor sanitare.

Nivelul la care ne situăm astăzi în unele domenii ale asistenței medicale ne obligă la promovarea, cu energie și curaj, cu înaltă conștiință profesională, a celor mai noi metode de diagnostic și tratament, la adîncirea cunoștințelor de fiziologie și fiziopatologie, a mecanismelor patogenice ale principalelor afecțiuni ce caracterizează structura morbidității actuale, la valorificarea în practică, în mod nestînjenit, a cercetărilor în domeniul imunologiei și geneticii, al biochimiei și biologiei medicale.

La Plenara Consiliului Național al Științei și Învățămîntului, desfășurată recent, sub conducerea directă a tovarășei academician doctor inginer Elena Ceaușescu, președinte al acestui important for al științei românești, s-a accentuat, în mod deosebit, ideea că noua revoluție în știință și tehnică cere din partea întregului personal de cercetare, a cadrelor medicale, a tuturor oamenilor din domeniul științei și culturii, o atitudine fermă, curajoasă, pentru promovarea unui înalt spirit revoluționar în gîndire și acțiune.

Afirmarea puternică a științei medicale, ca factor social, în strînsă conexiune cu dezvoltarea impetuoasă a industriei, agriculturii, învățămîntului și culturii, contribuie la realizarea amplelor programe elaborate la inițiativa și în urma indicațiilor secretarului general al partidului, președintele Republicii Socialiste România, tovarășul Nicolae Ceaușescu. Alături de celelalte domenii ale științei și tehnicii din țara noastră, medicina progresează cu pași repezi pentru realizarea marilor cerințe ce stau astăzi în fața sectorului ocrotirii sănătății, a personalului medico-sanitar.

Pășind în noul an 1987, întregul personal sanitar trebuie să se simtă adînc implicat în amplul proces al ocrotirii sănătății populației, în general, și, în mod special, al asistenței medicale a oamenilor muncii din industrie și agricultură. Actul medical presupune știință și conștiință, exigență profesională și responsabilitate morală. Acest comportament profund uman impune nu numai căldură sufletească și înțelegere, atașament și dragoste față de bolnav, dar, în egală măsură, o înaltă etică, care să cultive o încredere desăvîrșită în medicul chemat să-i aline suferința, să-i redea optimismul și dragostea de a trăi.

Puternic angajați în vastul program elaborat de partid, respectînd și aplicînd cu devotament indicațiile tovarășului Nicolae Ceaușescu, secretar general al partidului, medicii, farmaciștii, cadrele medii, laboranții, întregul personal sanitar care lucrează pe tărîmul ocrotirii sănătății vor acționa cu hotărîre nestrămutată, alături de toți ceilalți oameni ai muncii, pentru a răspunde cu cinste sarcinilor de înaltă răspundere ce le revin în opera de făurire a societății socialiste multilateral dezvoltate pe pămîntul patriei noastre. Republica Socialistă România.

Dr. AUREL GHEORGHIU
Director adjunct
Direcția asistenței medicale
din Ministerul Sănătății

MEDICUL PEDIATRU

—ȘI PROBLEMELE DEMOGRAFICE ALE SOCIETĂȚII—

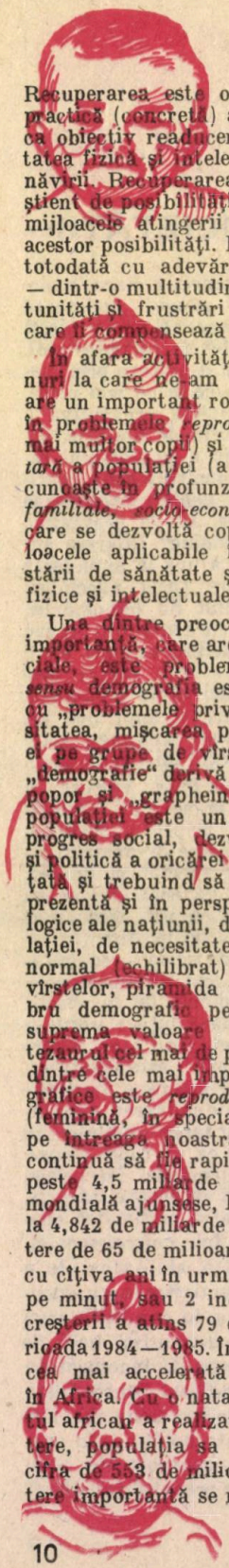
Pediatrie înseamnă *medicină pentru copii*. Domeniul pediatriei este mare și neobișnuit de complex. În afară de (sau pe lîngă) activitatea de îngrijire a copilului bolnav, medicul pediatru practică o *medicină a copilului sănătos*, se preocupă prioritar de *prevenirea* bolilor copilului înainte și după naștere (pre- și postnatal) și aplică cele mai eficiente proceduri de *recuperare* (sau „reabilitare") a urmărilor (sechelelor) bolilor, a invalidităților și handicapurilor biologice — în general. Se conturează astfel impresionant de clar cele 4 atribute ale practicii pediatrice: medicina copilului sănătos, profilaxia, pediatria curativă și recuperarea.

Medicina copilului sănătos este considerată, în prezent, esența practicii pediatrice acceptate. Sănătatea este „o stare de bine" — fizică, mintală și de integrare socială — și nu numai absența bolii. Astfel concepută, sănătatea este condiționată de foarte mulți factori: interni (inclusiv factorii care acționează înainte de naștere), externi sau de mediu, factori familiali, factori socio-economici etc. Unii factori acționează pozitiv (au „tracțiune" pozitivă asupra stării de sănătate); alți factori au acțiune negativă (sînt așa-numiții factori de risc, care „tracționează" negativ asupra stării de sănătate). Medicul pediatru are obligația să cunoască bine toți acești factori, să-i optimizeze pe cei pozitivi și să contribuie la anihilarea celor negativi, contribuind astfel decisiv la prezervarea sănătății și la perfecționarea sa.

Profilaxia are, de asemenea, o mare importanță practică, vechiul adagiu „valorează mai mult (și este mai ușor) să previi, decît să vindeci" rămînînd la fel de incontestabil. Numărul bolilor care pot fi evitate prin metode profilactice este din ce în ce mai mare, în special la copil. Pediatria preventivă a făcut mari progrese în ultimele două secole, iar activitatea profilactică a pediatrului reprezintă mai mult de jumătate din „cantitatea" de efort cheltuit pentru exercitarea optimă a profesiunii sale. De la prevenirea unor așa-numite „boli banale" (diareea sugarului, de exemplu) s-a ajuns la extinderea procedeelor de imunizare (prin vaccinări) și la reducerea numărului de îmbolnăviri, pînă la dispariție, în boli care în trecut făceau ravagii (difteria, poliomielita, rujeola etc.), pentru ca — în prezent — una dintre cele mai importante preocupări să fie *prevenirea*, încă de la *vîrsta copilăriei*, a unor boli ale adultului (obezitatea, hipertensiunea arterială, ateroscleroza, infarctul miocardic etc.).

Pediatria curativă are mari valențe și obține rezultate din ce în ce mai „răsunătoare". Practica acestei laturi a medicinii de copii trebuie să țină seama de particularitățile copilului bolnav, în special, și de cele ale vîrstei copilăriei, în general. Nu se va omite, în special, faptul că tot ceea ce se petrece la copil — activitățile funcționale normale sau perturbate de boală — se desfășoară în condițiile celei mai vijelioase *creșteri*. Organismul copilului mic (și în special al sugarului) trebuie să facă față condițiilor de boală într-un moment cînd una dintre principalele sale „preocupări" este creșterea. O nouă valență a pediatrului care îngrijește copilul bolnav este individualizarea abordărilor și, în special, abordarea copilului nu ca un copil în general, ci ca un *copil anume*.

Recuperarea vizează urmările (sechelele) bolilor care nu au putut fi vindecate integral. Practica și responsabilitatea pediatrică continuă și dincolo de granițele convalescenței, pînă cînd copilul recapătă abilitatea de a trăi și de a-și desfășura activitatea cu maximum de eficiență, chiar și în condițiile unei incapacități reziduale, consecutivă bolii de care a suferit. Se vorbește de incapacitate sau invaliditate și de handicap. Dintre toate stările de infirmitate și de handicap cele mai multe (88%) sînt datorate bolilor — în special — cronice, 10% sînt generate de accidente și numai 2% induse prenatal (ereditar).



Recuperarea este o frumoasă demonstrație practică (concretă) a încrederii în om, avînd ca obiectiv readucerea individului la capacitatea fizică și intelectuală anterioară îmbolnăvirii. Recuperarea îl face pe individ conștient de posibilitățile sale și îl înarmează cu mijloacele atingerii limitelor superioare ale acestor posibilități. Handicapatul se deprinde totodată cu adevărul că viața îi procură — dintr-o multitudine de semnificații, oportunități și frustrări — satisfacția altor valori care îi compensează deficiența.

În afara activității sale pe cele patru planuri la care ne-am referit, medicul pediatru are un important rol de *consilier* al familiilor în problemele *reproducerii* (alegerea momentului celei mai multor copii) și efectuează *educația sanitară* a populației (a mamelor, în special). El cunoaște în profunzime condițiile de *mediu*, *familiale*, *socio-economice* și *demografice* în care se dezvoltă copilul, folosind toate mijloacele aplicabile în scopul perfecționării stării de sănătate și măririi performanțelor fizice și intelectuale.

Una dintre preocupările de cea mai mare importanță, care are profunde implicații sociale, este problema *demografică*. *Stricto sensu* demografia este știința care se ocupă cu „problemele privitoare la numărul, densitatea, mișcarea populației și componența ei pe grupe de vîrstă, sex etc." (termenul „demografie" derivă din cuvintele „demos" = popor și „grapheim" = a scrie). Problema populației este un factor determinant de progres social, dezvoltarea socio-economică și politică a oricărei colectivități fiind influențată și trebuind să țină seama de populația prezentă și în perspectivă, de resursele biologice ale națiunii, de sporul natural al populației, de necesitatea asigurării unui raport normal (echilibrat) între vîrste (structura vîrstelor, piramida vîrstelor), a unui echilibru demografic perfect. „Omul constituie suprema valoare a lumii, iar populația, tezaurul cel mai de preț al fiecărei țări". Unul dintre cele mai importante fenomene demografice este *reproducerea*, adică *fertilitatea* (feminină, în special) și *natalitatea*. Global, pe întreaga noastră planetă, reproducerea continuă să fie rapidă. De la o populație de peste 4,5 miliarde în anul 1982, populația mondială ajunsese, la jumătatea anului 1985, la 4,842 de miliarde de locuitori. De la o creștere de 65 de milioane pe an, cît se înregistra cu cîțiva ani în urmă (respectiv, 122 indivizi pe minut, sau 2 indivizi pe secundă), rata creșterii a atins 79 de milioane pe an, în perioada 1984—1985. În această ultimă perioadă, cea mai accelerată creștere s-a înregistrat în Africa. Cu o natalitate de 30‰, continentul african a realizat cea mai puternică creștere, populația sa depășind, în anul 1985, cifra de 553 de milioane de locuitori. O creștere importantă se notează și în America de Sud, unde natalitatea a fost de 23‰ (populația a crescut la 269 de milioane). Asia, cu o natalitate de 17‰, însumează 2,824 de miliarde locuitori, iar America de Nord și Centrală, cu 15‰, numără 401 milioane. Această „explozie demografică", observată însă numai în unele regiuni, a făcut să se estimeze că în anul 2000 populația globului va depăși 6,4 miliarde de locuitori, totalizînd în anul 2025 peste 9,3 miliarde. Rata creșterii populației nu este însă egală. Dacă în Africa și în America de Sud natalitatea se menține ridicată (30 și, respectiv, 23‰), în alte părți ale globului natalitatea este mică și sporul natural al populației este scăzut. Astfel, în Europa s-a înregistrat în perioada 1984—1985 o natalitate scăzută, ceea ce a făcut ca sporul natural al populației să fie de numai 4‰ (populația Europei era în anul 1985 de 492 de milioane de locuitori). Un alt aspect particular este *harta demografică a lumii*, care are o mare diversitate. Alături de zone dens populate (Europa) există zone cu un număr mic de locuitori, în raport cu suprafața teritoriilor respective și cu resursele economice.

Pe de altă parte, se poate presupune că dublarea populației globului, într-un interval istoricește mic, ar fi posibil să reprezinte cu precădere rezultatul „efortului" demografic al țărilor în curs de dezvoltare.

În unele țări s-a constatat (și se mai constată încă) tendința scăderii natalității și reducerii sporului natural al populației, existînd riscul perturbării fundamentale a structurii pe grupe de vîrstă a populației, răsturnării piramidei vîrstelor, dezechilibrării raportului dintre populația productivă, preși postproductivă. S-ar înregistra astfel îmbătrînirea populației și creșterea indicelui de dependență prin vîrstă. Indicele brut de reproducere este un indicator complex care arată în ce măsură generația actuală de femei fertile va fi înlocuită de noua generație de fetițe. Un indice de 1 traduce reproducerea simplă, indicele supraunitar, o reproducere lărgită, în timp ce un indice subunitar nu asigură nici reproducerea simplă. În țara noastră, o natalitate de 20—22‰ și un spor natural de 10‰ va realiza o dinamică favorabilă a reproducerii și un bun echilibru demografic.

În țările în care s-au manifestat tendințele reducerii natalității și sporului natural al populației au acționat — izolat sau în asociere — și următorii factori: creșterea numărului de avorturi; reducerea nupțialității (numărul de căsătorii contractate într-un an, raportat la 1 000 de locuitori); contactarea unui număr mare de căsătorii după vîrsta de 25 de ani cînd, la femeie, fertilitatea începe să scadă (fertilitatea feminină este maximă între 20 și 24 de ani); numărul mare de divorțuri; dorința unor familii de

a nu-şi diminua bunul trai prin creşterea unui număr mare de copii (s-a apreciat că — în condiţiile unei creşteri şi educări optime şi fără contribuţia statului — un copil poate consuma pînă la 25% din bugetul familiei, 2 copii — 32% şi 3 copii — 42%). Un rol în scăderea natalităţii a fost atribuit urbanizării, prelungirii duratei de şcolarizare şi rolului social al femeii, care a devenit factor activ în producerea bunurilor materiale şi spirituale ale societăţii. *Trebuie însă subliniat că aceste realităţi sociale sînt fenomene necesare ale lumii contemporane, atribute ale dezvoltării societăţii şi civilizaţiei şi — în condiţiile unei politici demografice judicioase — nu influenţează negativ creşterea natalităţii.*

O influenţă hotărîtoare asupra natalităţii au factorii psiho-sociali, nivelul conştiinţei genitorilor, eliberarea actului reproducerii de caracterul strict instinctual şi devenirea sa voluntară şi conştientă, dezvoltarea şi creşterea responsabilităţii faţă de produsul de concepţie.

Necesitatea armonizării intereselor colective cu cele individuale impune societăţii asumarea unor sarcini importante, materiale, moral-educative şi juridice, societatea trebuind să suporte o importantă parte din investiţia demografică. Pentru asigurarea unei natalităţi optime intervine, aşadar — cu o mare pondere —, politica demografică *activă* a statului. În ţara noastră statul a preluat o mare parte a cheltuielilor generate de creşterea copiilor, acordînd alocaţii în bani pentru copii, construind şi organizînd creşe, cămine, grădiniţe pentru copii, asigurînd gratuitatea asistenţei medicale şi a învăţămîntului de toate gradele, acordînd înlesniri juridice în activitatea femeilor gravide şi a femeilor-mame etc.

Politica demografică a României, *pronatalistă*, de stimulare a dezvoltării, a creşterii populaţiei, se bazează în cel mai înalt grad pe ritmul accelerat de dezvoltare economico-socială multilaterală şi pe capacitatea societăţii socialiste de a satisface, în condiţii optime, cerinţele materiale şi spirituale ale unei populaţii în continuă creştere.

Sporul natural al populaţiei este — din punct de vedere statistic — o relaţiei matematică simplă între indicatorul *natalitate* şi *mortalitate generală* şi se exprimă la mia de locuitori. Astfel, la o natalitate de 20‰, mortalitatea generală fiind de 10‰, corespunde un spor natural de 10‰ şi se consideră că acesta este optim pentru ţara noastră, în condiţiile actuale de dezvoltare economico-socială.

O parte componentă a mortalităţii generale este *mortalitatea infantilă*, adică numărul de decese sub vîrsta de 1 an, raportat la 1000 nou-născuţi vii în perioada corespunzătoare (raportarea se face pe un an). Deşi „contribuie" relativ puţin (din punct de vedere cantitativ) la „valoarea" statistică a mortalităţii generale — numărul de decese sub 1 an însumînd mai puţin de 4% din totalitatea deceselor (din mortalitatea generală) — indicatorul mortalitate infantilă are o mare importanţă medicală, socială şi de evaluare a performanţelor activităţii practice a pediatrilor. Scăderea mortalităţii infantile se soldează cu o creştere a bazei piramidei vîrstelor, respectiv cu creşterea ponderii vîrstei tinere în structura populaţiei. Aceasta înseamnă tinereţe şi vigoare şi tocmai către acest obiectiv generos, în umanismul sensurilor sale, ne îndreptăm cu toţi atenţia şi ne direcţionăm străduinţile.

În mod obişnuit, atunci cînd ne referim la fenomenul demografic avem în vedere aspectul cantitativ al populaţiei. În cea mai modernă accepţiune, optimizarea problemelor populaţiei trebuie să aibă însă şi o profundă încărcătură *calitativă*. Calitatea populaţiei înseamnă calitatea individuală şi colectivă a omului, înseamnă *calitatea vieţii*.

Calitatea vieţii este o noţiune deosebit de complexă, incluzînd factori de o neobişnuită diversitate: economici, sociali, psihoafectivi, culturali, medicali etc. O pondere deosebită au factorii medicali, iar interferenţele medico-sociale în optimizarea calităţii vieţii reprezintă cea mai pătrunzătoare virtute a practicii medicinii secolului nostru. Practicînd „preferenţial" o medicină a omului sănătos, slujitorii medicinii devin factori activi ai ameliorării calităţii vieţii. Pentru a acţiona pozitiv şi eficient calitatea vieţii, factorii medicali trebuie să acţioneze, cît mai *precoce*, în viaţa timpurie şi — *necondiţionat* — în viaţa prenatală (intrauterină). Se creionează astfel, tot mai pregnant, mai convingător, rolul medicului pediatru în rezolvarea celor mai de vîrf probleme ale societăţii, iar ideea formulată în repetate rînduri şi care se referă la „vocaţia socială şi finalitatea practică a pediatriei" este deosebit de actuală.

Prof. dr. *MIRCEA GEORMĂNEANU*

MAMEI

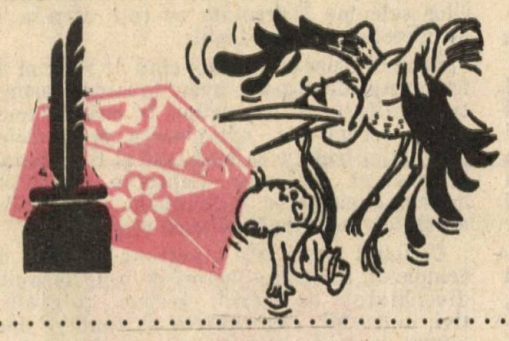
O, dragă mamă, cum de ai reușit
Să dai copilului ce-ai zămislit,
Puteri de rîu și o stea surizătoare,
Să-ți facă din fiecare zi numai sărbătoare?

Iubită mamă, sînt pe deplin convins,
Că-n viața ta, cu trudă, tu ai cuprins
Căldura soarelui și visurile toate,
Ca pe un fulg, feciorul tău să poarte.

Din hărnicia ta, duioasă mamă,
Tu zilnic ai creat gustoasa-i hrană
Și, presărînd mereu, o blîndă povață,
Te-ai încîntat, că puiul tău se-nalță.

Fericită mamă, eu ție-ți doresc,
Cît razele luminii, ce nu pălesc,
Să fii la fel de mîndră de fiul drag
Și bucuriile, buchet, să îți ofere-n prag!

Gabriela Tănase



SPICUIRI DINTR-O SCRISOARE DESCHISĂ

A UNUI NOU-NĂSCUT CĂTRE MAMA SA

— Doresc să dorm numai cu tine, mămicuța mea, cu nimeni altul în aceeași odaie, că-mi răpește aerul curat.

— Doresc ca nimeni să nu fumeze în camera mea, căci îmi „strică" aerul și eu atunci mă sufoc și mă simt rău.

— Doresc să mă alăptezi natural, cu lăptișorul tău dătător de sănătate și vigoare; refuz, nu te supăra, biberonul cel sec...

— Vreau noaptea să mă lași în pace, ca să dorm somn odihnitor. Mîncarea în timpul nopții nu mă preocupă, pentru că eu știu că nu-mi face bine.

— Peste zi dorința mea e să nu mă silească nimeni la prea multă mîncare. Vă reamintesc că stomăcelul meu are o capacitate redusă.

— Cred că tot atît de bine e ca să nu mi se bage degetele în gură, fie pentru a mă controla la gingii, fie pentru altceva. Regret tare mult că îți spun: *toate degetele sînt murdare!*

— Nu-mi cereți să fiu neapărat vesel și să rîd, cînd ma deranjează „ceva" (prea tare înfășat, sau cînd scutecele...).

— În sezonul care va veni, să nu mă siliți să umblu și să mă țin pe picioare prea de timpuriu. Știu și singur cînd va veni timpul și am grijă să vă „anunț".

— Nu mă „recomandați“ decît celor ce stau de veghe la sănătatea mea: nenea doctoru pediatru și asistentele sale. Ei să mă laude că mă dezvolt armonios, viguros, căci ceilalți au un prost obicei: mă sărută! Și uneori chiar pe gură!

— Ți-am scris aceste rînduri ție, în primul rînd, dar și tăticuțului nostru drag, pentru că eu, frățiorii și surioarele mele sîntem cea mai mare bucurie și fericire a familiei noastre!

Pentru conformitate: dr. *MIHAI MATEICIUC*

Cicatrice pentru toată viața

Părăsea spitalul după mai bine de șase săptămîni. Vacanța de iarnă se sfîrșise de mult. Colegii reîncepuseră școala. Despre ea știau că este operată de apendicită, în orășelul de provincie în care locuiau bunicii dinspre mamă. Mergeau încet. Se sprijinise de brațul mamei. O privea cu coada ochilor. Îmbătrînise brusc și era obosită, foarte obosită. Tăceau. Cuvintele erau de prisos, acum ca și atunci, cînd mama stătea lîngă patul ei, în zilele și nopțile — mai ales nopțile — lungi de veghe.

La spital o aduseseră de urgență, într-o noapte de ianuarie. Îi era foarte rău. Mama privise îngrozită mercurul termometrului, pe care de trei ori la rînd îl scuturase și i-l pusese la subsuoară. Arăta 41,5°C! Aproape că nu își mai reamintește primele ore petrecute în spital. Au consultat-o și au pus-o pe perfuzii. În jurul ei, multe, multe halate albe! Medici, asistente, surori! Analize, iar consultații și apoi sala de operații, îmbrăcată în faianță albastră.

Cînd și-a revenit, nu știa dacă era dimineață sau seară. La amîndouă mîinile avea perfuzii. Una cu sînge. O durea îngrozitor spatele. Și mai mult, însă, o durea abdomenul. De cîte ori încerca să-și schimbe poziția, i se părea că niște cuțite îi sfredelesc burta. I s-a explicat că sînt drenurile. Apoi febra a început să scadă. Abdomenul, care în primele zile după operație fusese atît de balonat, încît se temuse că o să i se desfacă toate cusăturile de la operație, a început, încetîncet, să n-o mai supere. I-au scurtat rînd pe rînd tuburile de dren, apoi i le-au scos complet. Se îngrozea de cîte ori se pregăteau să-i umble la pansament. Apoi, ajutată, a început să facă primii pași prin salonul de reanimare. Îi revenise pofta de mîncare. Mama nu mai dormea nopțile lîngă patul ei, pe cîte un scăunel luat de la infirmiera de serviciu. Venea după-amiaza și rămînea pînă seara. Tata nu a vizitat-o deloc. Nu a avut curajul să o întrebe pe mama ce au discutat împreună despre ea. Își dădea seama că revederea nu va fi defel ușoară.

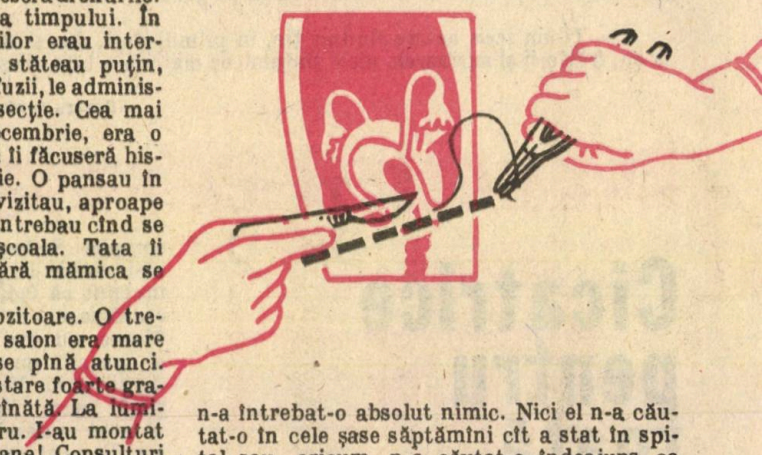
După vreo zece zile de la operație, începuse să citească din cărțile aduse de mama, însă nu cu prea mult spor. Stătea ore întregi și privea în gol. Alteori urmărea ce se întîmplă în salonul de terapie. A constatat că foile de observație stau pe un birou, lîngă ușă. Ardea de nerăbdare să vadă ce era consemnat în foaia ei de observație. După mai multe încercări, într-una din seri planul i-a reușit. A putut să-și răsfoiască foaia de observație. Pe prima pagină, la mijloc, la una din rubrici, scria: *Avort septic luna a III-a.* Mai jos, scria data de 17 ianuarie, a doua zi de la internare, și operația: *Histerectomie totală.* Apoi înăuntrul foii diferite notări, nume de medicamente, multe din ele complet necunoscute ei. S-a gîndit toată seara la acel cuvînt „histerectomie“. A doua zi a întrebat-o pe stagiara care în fiecare dimineață, după ce se interesa despre starea ei, îi lua pulsul și tensiunea și scria cîteva rînduri în foaia de observație, ce înseamnă „histerectomie“. Cînd aceasta i-a explicat că e denumirea operației prin care este scos uterul femeii, i s-a părut că, dintr-o dată, inima a încetat să-i mai bată. În clasa a XII-a avea deja suficiente cunoștințe de anatomie, încît să-și dea seama că de acum încolo nu va mai avea ciclu și, mai ales, că niciodată nu va putea avea copii! Cît o mîntise cea care îi provocase avortul! O asigurase că nu va păți nimic. O sfătuise să ia Ampicilină, iar dacă o vor duce la spital să nu spună nimănui absolut nimic! Îi vor face doar o mică intervenție. Zece minute, cel mult. Sub anestezie. În 2-3 zile va fi iarăși acasă. Doar părinții vor ști că a fost internată, mai ales că este vacanță.

Era îngrozită. Acea tăietură ce-i brăzda jumătate din abdomen și alte două cicatrice mai mici în părți îi vor aminti, zi de zi, de greșeala-i cumplită pe care o făcuse.

A mai rămas în salonul de terapie mai bine de o săptămînă, după ce îi scoseseră drenurile. Asista imposibilă la scurgerea timpului. În salonul ei, majoritatea femeilor erau internate tot pentru avort. Unele stăteau puțin, 2—3 zile doar. Le puneau perfuzii, le administrau sînge, apoi le urcau în secție. Cea mai veche, internată încă din decembrie, era o femeie de vreo 30 de ani. Și ei îi făcuseră histerectomie. Avea o complicație. O pansau în fiecare zi, de două-trei ori. O vizitau, aproape zilnic, cei doi copii. Mereu o întrebau cînd se întoarce acasă. Începuseră școala. Tata îi aduse de la bunici, dar fără mămica se descurcau greu.

Una din nopți fusese îngrozitoare. O treziseră zgomotul și lumina. În salon era mare agitație, cum nu mai văzuse pînă atunci. Aduseseră o femeie tînără, în stare foarte gravă. Tot cu avort. Avea fața vînătă. La lumina neonului, nasu-i părea negru. I-au montat perfuzii. Flacoane după flacoane! Consulturi după consulturi! Medici pe care-i cunoștea, alții pe care nu-i văzuse niciodată. Femeia respira greu. Îi puseseră masca de oxigen la nas. Și-a dat seama după șuieratul continuu. Aparate îngrămădite în jurul patului ei îi urmăreau pulsul, tensiunea, bătăile inimii. Respira tot mai greu! I-au introdus pe gură un tub de cauciuc de grosimea degetului, pînă în trahee, pentru respirație artificială. Aparatul de respirație a pufăit ritmic vreo două ore, după care l-au oprit. Femeia murise.

Ultimele zile de spital le-a petrecut la etajul patru, într-un salon de operate. Colegele-i de cameră fuseseră operate pentru fibroame, sarcini extrauterine, chisturi. Toate erau mai în vîrstă decît ea. Două, cu siguranță, erau mai bătrîne chiar decît mama ei. În după-amiaza în care o aduseseră sus, stătea cu ochii închiși. Credeau sigur că doarme. Șușoteau despre ea. Unele o acuzau, altele o compătimeau. S-a necăjit mult, chiar dacă nu le-a spus-o. A evitat să se antreneze în discuțiile lor, în toate zilele pe care și le-a mai petrecut în spital. Citea, asculta tranzistorul, aștepta vizitele mamei. Despre Costel,

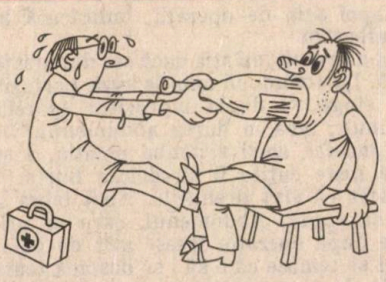


n-a întrebat-o absolut nimic. Nici el n-a căutat-o în cele șase săptămîni cît a stat în spital sau, oricum, n-a căutat-o îndeajuns ca să o găsească. Prima dată, cînd încercase să-i spună despre posibilitatea sarcinii, schimbase discuția. Apoi, cînd pentru ea sarcina devenise o certitudine, i-a spus direct. Prietenul ei, „dragul" ei prieten, i-a răspuns că pentru amîndoi clasa a XII-a este grea! Bacalaureat, apoi admiterea la facultate! Trebuie găsită o soluție! Crezuse prea mult în el. Oricum, greșise. Ea a plătit groaznicul tribut. Acum îi era total indiferent.

Cazul este absolut real. Vigoarea organismului tinerei eleve, litrii de sînge, zecile de perfuzii, sutele de flacoane de antibiotice, strădaniile medicilor și surorilor au învins grava complicație cu care s-a soldat provocarea avortului. A rămas, însă, pentru toată viața mutilată! Grav mutilată sufletește, fără speranța de a deveni vreodată mamă! Cicatrice adînci au rămas imprimate în sufletul ei de adolescentă, imposibil de șters, ca și cicatricele ce-i brăzdează abdomenul.

Dr. *N. CRIȘAN*

Spitalul Clinic al Municipiului București

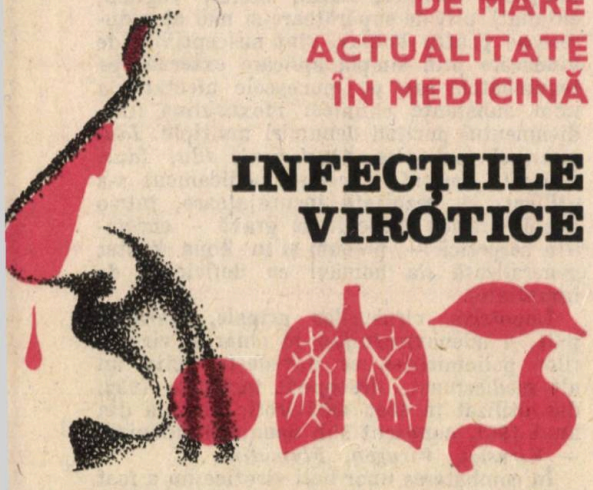


Fără cuvinte

Desene de NIC NICOLAESCU

O PROBLEMĂ DE MARE ACTUALITATE ÎN MEDICINĂ

INFECȚIILE VIROTICE



OCTAVIAN POPESCU

Doctor în științe medicale
Spitalul de copii „Caraiman"

Din timpuri îndepărtate, omul a dus o continuă luptă pentru menținerea sănătății organismului, iar în caz de îmbolnăvire, pentru combaterea cauzelor acesteia.

Mijloacele terapeutice erau empirice la început, dar cu timpul, și mai ales odată cu înflorirea civilizației chineze, ele au căpătat o notă științifică, ceea ce a făcut ca astăzi, ca și în urmă cu două-trei milenii, medicina tradițională chineză să se bucure de un binemeritat prestigiu.

Mai tîrziu, cînd observațiile medicale au permis constatarea că multe îmbolnăviri se datorează unor agenți infecțioși (microbi, virusuri, ciuperci) s-au instituit tratamente cu diverse substanțe chimice (medicamente chimioterapice), iar de cîteva decenii și cu antibiotice, unele dintre aceste substanțe dovedind efecte terapeutice de-a dreptul excepționale; în această ultimă categorie intră și Penicilina — una din marile descoperiri ale omenirii și, cu certitudine, cea mai importantă descoperire medicală a secolului XX — datorată medicului bacteriolog englez Fleming, descoperire care a dus numai în ultimele decenii ale secolului nostru la salvarea a milioane de vieți omenești, amenințate altfel de numeroase boli produse de microbi (bacterii).

Dar, dacă în terapia bolilor produse de microbi progresele sînt uimitoare, în încrîncenarea medicinii cu virusurile rezultatele nu sînt încă pe măsura așteptărilor. Aceasta este datorată, pe de o parte necunoașterii încă a proprietăților generale ale virusurilor (modul intim de agresivitate asupra celulelor organismului uman, multiplicarea lor), iar pe de altă parte, faptului că semnele clinice ale infecțiilor virotice apar destul de tîrziu, de regulă atunci cînd procesul infecțios este într-un stadiu înaintat de boală; dacă la acestea mai adăugăm și dificultățile de diagnostic etiologic — izolarea multor virusuri nefiind încă la îndemîna medicinii — înțelegem de ce pașii cu care se avansează în domeniul virusologiei sînt încă mici.

* * *

În cele ce urmează ne propunem să încercăm o trecere în revistă a realizărilor medicinii contemporane în lupta împotriva unor virusuri, dificultățile existente în combaterea altora și perspectivele ce se întrezăresc în această titanică luptă, într-un viitor apropiat.

Analizînd marile realizări ale medicinii contemporane în combaterea îmbolnăvirilor cauzate de virusuri, nu vom putea avea adevărata dimensiune a reușitelor, decît după ce vom ști cîte ceva despre agresivitatea lor — virusurile fiind agenți patogeni responsabili de un număr impresionant de mare de maladii, unele cu aspect epidemic grav (gripa) și cu letalitate deosebită (numai în pandemia de gripă așa-zisă „spaniolă", din deceniul al 2-lea al secolului nostru, au pierit în lume cam tot atîtea vieți cîte s-au pierdut în cel de-al doilea război mondial).

În mare, modalitatea prin care virusurile, odată pătrunse în organism, devin patogene pentru om, este aparent simplă; în organism ele vor parazita cu precădere unele celule (există pentru fiecare tip de virus un țesut pentru care are o afinitate deosebită).

După ce a pătruns în celulă, virusul se multiplică cu o viteză uimitoare, ocupînd o mare parte din volumul celulei, pentru ca apoi să-i distrugă învelișul exterior (membrana) și s-o părăsească, pornind într-o nouă agresiune celulară.

Principalele țesuturi și organe expuse la agresiuni virotice sînt: căile respiratorii, cavitatea bucală, aparatul digestiv (în special regiunea anusului) și aparatul urogenital (în special vaginul), datorită faptului că toate acestea sînt tapetate cu o mucoasă care se apără insuficient în fața agresiunii virotice.

Pătrunse în căile respiratorii, virusurile (cele mai frecvente tipuri fiind adenovirusurile, ECHO, Coxsackie, influenței, parainfluenței) se multiplică în proporție impresionantă, determină distrugerea celulelor și le compromite rolul lor fiziologic, consecutiv cărora apar primele semne de boală (guturai, tuse, febră).

Alte virusuri pătrund în organism pe cale digestivă, de pe mîinile murdare sau odată

cu alimentele ori cu apa contaminată cu virusuri, și se localizează în sistemul neuromuscular (poliomielită) sau în ficat (hepatita virală acută).

Foarte frecvent, zona de elecție a localizării virusurilor, în special al celor din grupa virusurilor herpetice, sînt tegumentele și mucoasele (oculară, nazală, bucală, rectală, vaginală), producînd numeroase leziuni, rebele la tratament și cu evoluție prelungită.

Patologia determinată de infecțiile virotice este largă, variată și, nu de puține ori, și severă. Totuși, mijloacele terapeutice actuale permit combaterea și mai ales prevenirea multora dintre aceste îmbolnăviri.

Au devenit de domeniul trecutului marile epidemii de boli infecțioase care au secerat zeci sau sute de mii și chiar milioane de vieți omenești. Nu s-au mai descris de ani de zile — mai exact din momentul în care vaccinările, ca metodă de prevenire a unor îmbolnăviri cauzate de virusuri, s-au generalizat în rîndul populațiilor cu risc crescut de îmbolnăvire prin contagiune — epidemii de variolă, gripă, poliomielită, rujeolă.

În lupta cu virusurile s-au utilizat la început sulfamidele, dar rezultatele au fost nesatisfăcătoare, motiv pentru care s-a trecut la utilizarea în acest scop a antibioticelor; și de această dată rezultatele nu au fost pe măsura așteptărilor, eficiența lor antivirotică fiind redusă și limitată numai la cîteva tipuri de virusuri (așa cum este cazul utilizării tetraciclinei în psittacoză, în limfogranulomatoza inghinală, în boala „ghearelor de pisică" sau în pneumoniile atipice, toate boli cauzate de virusuri).

În ultimele două decenii s-au descoperit noi medicamente cu activitate antivirală, din cele mai diverse clase de compuși chimici. Astfel, un preparat denumit *Metisazonă* sau *Marboran* a început să fie utilizat în tratamentul unor cazuri de variolă, de boală herpetică, de adenoviroze sau de gripă. Dar acest atît de util medicament își are principala utilizare și indicație în prevenirea variolei (boală virotică deosebit de gravă, care se întîlnește încă în unele țări afro-asiatice, dar fără caracter epidemic) la populația țării respective, în caz de pericol de epidemie, ca primă măsură de prevenire.

În prevenirea și chiar tratamentul unor cazuri de gripă s-a utilizat, cu succes, un alt medicament de natură chimică, Amantadina, comercializată în lume sub mai multe denumiri sinonime (*Viregyt*, *Symetrol*, *Mantadix*). Utilizată în scop profilactic, reușește — poate chiar într-o măsură superioară vaccinării antigripale, practicate în mod curent la categoriile de populații foarte expuse îmbolnăvirii (copii, cadre medico-sanitare) — să prevină extinderea bolii, iar în cazul în care boala s-a și declanșat, reușește să-i reducă severitatea evoluției și să-i scurteze durata.

Bolile pe care le produc virusurile gripale (herpesul cornean, nazal, labial, vaginal, cutanat), atît de supărătoare și mai ales dureroase pentru bolnav, sînt susceptibile de vindecare prin simpla aplicare externă, pe tegumentele sau pe mucoasele afectate, a unor substanțe chimice: idoxuridină (medicamentul purtînd denumiri multiple: *Iduviran* și mai ales *Acyclovirul*, *Idu*, *Idur*, *Emanil*, *Kerecid*). Același medicament s-a utilizat, cu rezultate încurajatoare, într-o boală virotică deosebit de gravă — encefalita herpetică —, precum și în Zona Zoster generalizată (la bolnavi cu deficiență de imunitate).

Împotriva virusurilor gripale, paragripale, a adenovirusurilor și chiar a virusurilor poliomielitei, se dovedește activ un alt medicament, descoperit încă din 1932, dar utilizat în scop antivirotic de-abia din anul 1961, cunoscut sub denumiri sinonime — *Virustat*, *Virugon*, *Flumidin*.

În combaterea unor boli virotice nu a fost ocolită nici marea familie a antibioticelor, deoarece unele dintre ele dovedesc și efecte antivirotice, dar cu intensitate relativ redusă.

În afara *Tetraciclinei*, despre care aminteam în rîndurile de mai sus, *Noformicina*, *Naramicina*, *Distamicina* și, mai ales, *Rifampicina* sînt antibiotice utile în tratamentul unor infecții produse de virusuri (adenoviroze, vaccină).

În căutarea unor mijloace terapeutice eficiente în lupta antivirală s-a ajuns și la interferon (o substanță elaborată de unele celule ale organismului uman sub influența agresiunii virotice), capabil să împiedice multiplicarea virusurilor în celula gazdă. Dar, după un început promițător, rezultatele terapeutice obținute în tratamentul encefalitelor virotice sau ale herpesului ocular au fost neconcludente și chiar nesatisfăcătoare.

Printre cele mai recente achiziții terapeutice de care se leagă mari speranțe în tratamentul unor infecții virotice deosebit de severe — varicela gravă, Zona Zoster generalizată, herpesul ocular și, mai ales, encefalitele herpetice — sînt două substanțe chimice, care au în plus și efecte antitumorale certe (motiv pentru care se utilizează și în tratamentul leucemiilor acute) și anume: *citozinarabinozida* (cunoscută în diverse țări sub denumirea de: *Alexan, Cytarabin, Ara C, Udicil, Citosar)* și, cea de-a doua, *adeninarabinozida (Ara A, Vira A, Vidarabina)*.

O realizare a unor cercetători români, bazată pe un principiu original, este noul produs al industriei noastre farmaceutice, denumit „*Rodilemid*", cu acțiune eficientă în unele îmbolnăviri virotice, în special ale sistemului nervos. Noul produs reușește să restabilească funcția fiziologică a celulelor nervoase alterate sub influența unor agresiuni virotice.

Vaccinările antivirale constituie de mult o metodă de inducere a unei stări de imunitate sigură și durabilă în timp, de rezistență la unele boli infectocontagioase cauzate de virusuri (cazul vaccinurilor antivariolic, antirujeolic). Aplicarea lor pe scară largă a făcut ca cel puțin în țările în care vaccinarea a devenit obligatorie și generalizată, asemenea boli să mai apară cu totul excepțional. Alte vaccinuri antivirale (antigripal, antipoliomielitic, antirabic) conferă organismului o imunitate de scurtă durată, dar efectul lor poate fi prelungit prin rapeluri (reinoculări) periodice.

* * *

Cele prezentate mai sus pot fi considerate ca definitorii pentru realizările obținute în lupta împotriva îmbolnăvirilor izolate sau cu caracter epidemic, determinate de virusuri.

În cele ce urmează, vom încerca o incursiune în problematica nerezolvată încă de medicina contemporană, legată de patologia virotică, precum și perspectiva de viitor — apropiat sau mai îndepărtat — a acestora.

Dacă în numeroase boli virotice dispunem de mijloace terapeutice cu rezultate satisfăcătoare (chimioterapice, antibiotice sau vaccinuri), există încă un număr de boli cauzate de virusuri, în care terapeutica actuală este fie incertă și ineficientă, fie inexistentă. Pentru exemplificare ne vom opri numai la cîteva dintre acestea.

Infecția herpetică localizată (cutanată, oculară, vaginală), dar mai ales cea pătrunsă în sistemul nervos central (encefalita herpetică), rămîne încă o problemă nerezolvată total. În ciuda tratamentului cu unele dintre medicamentele despre care am amintit mai sus, keratita herpetică continuă să lase infirmități oculare după fazele sale acute, iar encefalita herpetică evoluează în numeroase cazuri către un sfîrșit tragic. Recentul vaccin antiherpetic denumit *Lupidon* este de-abia în curs de experimentare clinică, neavînd încă posibilitatea să-și treacă „proba timpului".

Hepatita virală acută (H.V.A., hepatită epidemică) este o boală infecțioasă determinată de pătrunderea și înmulțirea în ficat a unor virusuri. Se cunosc astăzi 3 tipuri de astfel de virusuri, dar dintre ele, hepatita cu virus B reprezintă forma cea mai severă a H.V.A., constituind o importantă problemă de sănătate publică, deoarece:

— este răspîndită în întreaga lume;

— numeroase cazuri evoluează grav, în ciuda supravegherii medicale atente a bolnavilor, în spitale de specialitate;

— prezintă riscul de cronicizare în 5—15% din totalul de cazuri, iar 5—10% dintre foștii bolnavi rămîn purtători de virus B, prezentînd un pericol potențial de răspîndire a bolii printre oamenii sănătoși;

— virusul se transmite prin infecții, prin transfuzii de sînge sau derivați de sînge (plasmă simplă, plasmă antihemofilică), prin contact direct și intim în familie, prin utilizarea în comun a periuței de dinți, a aparatului de ras sau de la mamă la copil, în timpul sarcinii, cînd sîngele mamei se amestecă cu cel al fătului;

— ultima și cea mai severă caracteristică a acestui tip de hepatită virală rezultă din analiza statisticii comunicate de cîteva centre de cercetare de pe glob, care evidențiază faptul că 50% din bolnavi — copii sau adulți — cu cancer hepatic au fost bolnavi de hepatită cu virus B. De aici ideea că virusul B ar avea rol oncogen (rol în generarea cancerului), favorizînd grefarea cancerului pe un ficat deja bolnav prin sau posthepatită virală acută.

În ciuda tuturor măsurilor de prevenire a bolii, această severă boală infectocontagioasă devine din ce în ce mai frecventă, în special la copii și tineri, iar aria sa geografică de răspîndire tinde să cuprindă aproape întreg globul pămîntesc. Alertați de evoluția îngrijorătoare a morbidității prin hepatită virală de tip B, cercetători din întreaga lume și-au concentrat atenția în ultimii 10 ani pe realizarea unui vaccin antihepatită B (V.A.H.B.).

Realizat în anul 1971, sub denumirea de *Hepatovak B* (S.U.A.) și, ulterior, de *Heva B* (Franța), noul vaccin a fost experimentat cu rezultate bune pe un mare lot de copii și tineri. Din totalul de vaccinați, 80% devin rezistenți la boală, imunitatea instalată durînd în medie 5 ani.

Deși rezultatele de pînă acum sînt foarte bune, generalizarea vaccinării antihepatită B întîrzie din cauza dificultăților laboratoarelor specializate, de a furniza cantită-

țile — din ce în ce mai mari — impuse de necesitatea profilaxiei bolii în întreaga lume. Durata producerii vaccinului (9—10 luni), tehnologia complicată (în lume fiind doar cîteva laboratoare capabile pentru aceasta) și extrem de costisitoare (o doză de vaccin costa în S.U.A., în anul 1982, 100 de dolari), fac din vaccinarea antihepatită B privilegiul unor categorii înguste de oameni. Dacă în viitor se va găsi o sursă mai facilă și o cale mai rapidă de obținere a V.A.H.B., se va putea trece la vaccinarea în masă în întreaga lume și abia atunci se va putea vorbi de un triumf al medicinii, nu numai asupra uneia din cele mai severe și larg răspîndite boli virotice, ci și asupra cancerului hepatic, aflat într-o atît de strînsă interrelație cu hepatita cu virus de tip B.

Există o familie de virusuri — papilomavirusurile cu localizare preferențial genitală, sub formă de mici veruci, papiloame sau candiloame (atît la bărbat, cît și la femeie), și care se transmit prin raport sexual. Pericolul prezenței acestui virus este mare, în special la femei; se estimează că, din 100 de femei infectate cu acest virus, una va dezvolta în viitor cancer uterin, în timp ce la bărbați, riscul apariției cancerului la penis este excepțional de redus.

Se știe cu exactitate astăzi că implicarea acelui virus în cancerul uterin nu este exclusivă; probabil că el se asociază altor factori patogeni, puțin cunoscuți (genetici, hormonali, imunitari, agenți chimici) și laolaltă declanșează tumoare malignă uterină (în 95% din cancerele de col uterin s-au identificat astfel de virusuri). Se știe, de asemenea, că o mamă gravidă poate transmite acest virus copilului său în timpul nașterii, periclitîndu-i astfel sănătatea sa ulterioară.

Fără a exista un tratament specific, eficient, măsurile riguroase de igienă individuală și de viață sexuală rațională pot reduce considerabil rata îmbolnăvirilor prin cancer uterin (cancerul uterin nu se transmite pe cale sexuală, ci numai papilomavirusul).

Și în cazul acestor tipuri de virusuri ar putea fi eficient un vaccin (antipapilomavirus); de altfel, s-a realizat și experimentat pe animale un astfel de vaccin și rezultatele par încurajatoare, dar va mai dura pînă cînd se va depăși bariera care desparte experimentul pe animal de aplicarea unei realizări terapeutice noi, la om.

Asocierea virus-cancer, în patologia umană, se mai semnalează și în alte cazuri decît în cele de mai sus.

Astfel, unele leucemii sau unele limfoame (tumori canceroase) se asociază cu virusurile denumite HTLV tip 1 și 2 *(Human T Lymphotropic Virus)*. Cancerul nazal, al cavității bucale și limfomul Burkitt (o formă de cancer ganglionar) sînt strîns dependente de infecția respiratorie produsă de virusul denumit Epstein-Barr.

O atenție cu totul deosebită se acordă astăzi unui nou sindrom clinic, deosebit de grav, denumit SIDA (Syndrome Immuno Deficitaire Acquis) și care are la origine tot un virus (descris inițial de cercetătorul francez Luc Montagnier și la foarte scurt timp și de cercetătorul american Robert Gallo), denumit virusul LAV/HTLV tip 3 *(Lymphodenopathy-Associated Virus/Human T Lymphotropic Virus tip 3)*. Acest virus afectează celulele cu rol în apărarea antiinfecțioasă din organismul uman, organismul bolnavului devenind extrem de vulnerabil la unele infecții cu germeni microbieni (denumiți „oportuniști"), localizate în special la plămîni, la tubul digestiv sau la creier; mai mult, lipsa de apărare a organismului, determinată de acest tip de virus, poate favoriza dezvoltarea unor tumori maligne cutanate (cancerul Kaposi) sau ganglionare (limfoame maligne).

Virusul SIDA se transmite prin sînge și prin contact sexual (mai rar heterosexual, mai frecvent homosexual). Ca atare, categoriile umane cele mai expuse la îmbolnăvire sînt bolnavii cu hemofilie sau cu alte boli care necesită repetate transfuzii de sînge (dacă sîngele provine de la un purtător de virus SIDA), toxicomanii (care-și administrează drogul prin injectare cu ajutorul unei seringi contaminate cu virus), copiii născuți din părinți atinși de sindromul SIDA și, în sfîrșit, deși nu și pe ultimul loc ca incidență a bolii, sînt homosexualii.

Virusul este conținut în sîngele și în sperma bolnavilor diagnosticați pe baza semnelor clinice (stare febrilă prelungită, tuse chinuitoare prelungită, dispnee, diaree cronică rebelă la regim și tratament, candidoză bucală sau bronșică, leziuni cutanate) și de laborator (căutarea anticorpilor antivirus LAV/HTLV tip 3, izolarea virusului), aparent sănătoși clinic.

Numărul cazurilor depistate în lume este în continuă creștere, cea mai mare frecven-

ţă a holii fiind întîlnită în S.U.A. (14 862 de cazuri înregistrate pînă la sfîrşitul anului 1985), în Franţa (892 de cazuri), Marea Britanie (241 de cazuri); dar, cazuri izolate s-au semnalat în numeroase ţări de pe toate continentele.

Posibilităţile actuale de tratament în SIDA sînt extrem de reduse; majoritatea cazurilor diagnosticate evoluează către deces, în decurs de 2—5 ani.

Tocmai din acest motiv, SIDA preocupă în cel mai înalt grad lumea medicală internaţională, iar recenta declaraţie a directorului general al Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii este edificatoare în acest sens: „SIDA ar putea deveni problema sanitară mondială numărul unu". Se speră că în viitorul apropiat, cercetători din întreaga lume, uniţi în efortul lor comun, să găsească fie un tratament medicamentos eficient împotriva virusului SIDA, fie un tratament preventiv (un vaccin anti-virus LAV/HTLV tip 3), în scopul limitării răspîndirii virusului la persoanele sănătoase.

Impasul temporar în care se află medicina astăzi în privinţa tratamentului unor infecţii grave produse de virusuri va putea fi depăşit totuşi prin tehnicizarea excesivă a metodelor de investigaţii şi de diagnostic virusologic şi prin reuşita sintezei unor noi medicamente active, acolo unde cele cunoscute şi utilizate în prezent se dovedesc ineficiente.

Întrevedem că progresele viitoare în problema atît de spinoasă a virusurilor în patologia umană se vor datora, în primul rînd, aprofundării mecanismelor intime de dezvoltare şi multiplicare a virusurilor, şi abia în al doilea rînd progreselor chimiei farmaceutice, ştiinţă capabilă să pună la îndemîna cercetătorilor noi şi noi substanţe medicamentoase naturale sau de sinteză, chimioterapice sau antibiotice, cu certă acţiune antivirotică.

Hei, virus sau bacil, sau ce-i fi oare!
Hai, vino și la mine, că te-aștept
Să te înștiac, precum știu eu, de piept,
Și să vedem atunci care-i mai tare!

Tu vii cu tuse, cu strănut — accept,
Că o să-ți iasă în întîmpinare
Injecția seringii ce nu doare
Și cu vaccinul clasic, antisept.

Chiar dacă te complici cu o coriză
Eu am și pentru asta o surpriză.
Așa, încît, hai, vino... sănătos!

. . . . . .

Dar simt parcă ceva cum arde-n mine,
La patruzeci de grade și mai bine!
...Și poate nu mă iei în serios!

D. C. MAZILU

CU SAU FARĂ ANTIBIOTICE LA COPIL?

Antibioticele reprezintă, fără îndoială, cea mai importantă și cea mai largă achiziție a terapeuticii medicale din ultimele decenii. De la penicilina, descoperită de Alexander Fleming în 1929 (și utilizată efectiv în practică din anul 1942), și pînă la ultimele cefalosporine introduse în arsenalul terapeutic, lista antibioticelor a crescut fără încetare, sfera lor de acțiune s-a lărgit și s-a intensificat și desigur viitorul ne rezervă noi descoperiri sau sinteze de substanță în această grupă.

Odată cu acest avînt considerabil al apariției de antibiotice, și utilizarea lor în medicina curentă a luat o extindere uriașă. Pediatria este una din ramurile medicinii care a beneficiat din plin de antibiotice. Și-au găsit rezolvarea în procente ridicate, datorită lor, numeroase afecțiuni, altădată de o mare gravitate și chiar rapid mortale: bronhopneumoniile bacteriene, enterocolitele bacteriene, septicemiile, pneumonia lobară, stafilocociile cu diferite localizări, reumatismul poststreptococic, scarlatina, febra tifoidă, endocardita bacteriană subacută, meningitele purulente, infecțiile grave ale tractului urinar, tuberculoza etc. Pe lîngă numeroasele succese au existat însă și eșecuri, datorite, în bună parte, utilizării necorespunzătoare ca indicații, nealegerii antibioticului celui mai adecvat, folosirii abuzive, precum și tulpinilor de germeni bacterieni rezistente la antibiotice.

În prezent fenomenul cel mai grav îl reprezintă însă folosirea în exces a antibioticelor în pediatrie, atît ca durată cît, mai ales, prin administrarea lor acolo unde nu sînt necesare. Cauzele acestui abuz terapeutic sînt:

— solicitările și presiunile din partea părinților asupra personalului medical, de a prescrie și a efectua tratament cu antibiotice;

— persistența unor stări febrile sau subfebrile timp de mai multe zile;

— teama de apariție a unor complicații în viitor, în cazul unor afecțiuni ușoare și benigne;

— nesiguranța diagnosticului;

— dorința de a se obține rezultate cît mai rapide în cazul unor boli care se anunță de durată;

— intenția de a face profilaxia unor afecțiuni ale copilului.

Antibioticele cele mai frecvent utilizate astăzi în mod abuziv sînt, în ordine descrescîndă: Penicilina G cristalină (injectabilă) și diferite alte forme de penicilină, cum ar fi Efitard, Moldamin; Ampicilina capsule, pe cale orală și forma injectabilă; Eritromicina pe cale orală; Tetraciclina pe cale orală; Cloramfenicolul pe cale orală și injectabilă; Kanamicina injectabilă i.m.; Oxacilina și Cloxacilina pe cale orală și injectabilă; Gentamicina injectabilă i.m.; Colimicina pe cale orală și injectabilă; mai puțin frecvent Polimixina pe cale orală și injectabilă.

Exemplificăm utilizarea abuzivă a acestora prin cîteva situații întîlnite frecvent în practica curentă pediatrică.

1. Virozele respiratorii sezoniere, de tipul catarurilor respiratorii superioare, rinofaringitei acute, laringitei catarale simple, faringotraheitei acute, traheobronșitei acute, pot determina febră cu o durată de cîteva zile, uneori foarte ridicată, care răspunde temporar la antitermice (medicamente care combat febra) și poate ține 1—7 zile. Toate combinațiile, schimbările și tatonările cu diferite antibiotice în acest interval de timp rămîn fără rezultat, boala evoluînd în continuare. De menționat însă că în caz de complicații bacteriene ale acestor viroze, antibioticele devin necesare și sînt indicate. Altminteri tratamentul, foarte simplu, constă în repaus la pat sau în casă, băuturi calde, prișnițe fierbinți pe git (învelite pe deasupra bine), acid acetilsalicilic (Aspirină), supozitoare de Aminofenazonă L sau Paracetamol, sirop expectorant.

2. În supurațiile colectate sub forma de abcese sau flegmoane (spre exemplu flegmonul fesier, după injecții intramusculare) și în care rezolvarea constă în intervenție chirurgicală cu incizie locală și evacuarea puroiului, antibioticele nu pot pătrunde în masa de puroi și nici nu-i pot determina resorbția și dispariția. Ele sînt indicate numai în caz de septicemie cu asemenea colecții purulente.

3. Bolile infectocontagioase de natură virotică, necomplicate: rujeola (pojar), parotidita epidemică (oreion), varicela, mononucleoza infecțioasă, herpangina, virozele adeno-faringo-conjunctivale, toate acestea dau febră, uneori foarte ridicată, fapt ce impresionează puternic pe aparținătorii copilului, determinîndu-i să solicite neapărat antibiotice. Subliniem că în caz de complicații acestea devin necesare. În absența complicațiilor, tratamentul constă din repaus la pat sau în casă, izolare de alți copii, alimentație mai mult lichidă, antitermice, gargară.

4. Stările febrile de cauză neinfecțioasă ca, spre exemplu: febra de sete a sugarului (este datorită deshidratării, în special în sezonul cald, prin aport insuficient de lichide); febra din alimentația cu exces de proteine a sugarului (lapte praf prea concentrat); febra din nodulii postinjecții intramusculare repetate; febra din anemii, în special cele hemolitice (prin distrugeri exagerate ale globulelor roșii), în cursul crizelor de deglobulizare; febra din unele boli ale sistemului nervos central (febra neurogenă din encefalopatii cronice infantile, hidrocefalie, hemoragii cerebrale, chisturi sau tumori cerebrale); febra din tulburările neurovegetative; febra din hematoame (pungi de sînge apărute în diferite regiuni), în timp ce acestea se resorb; febra din hipertiroidism etc.

5. Stările subfebrile prelungite (temperatura nu depășește în nici o perioadă a zilei 37,9°) și care pot să nu aibă nici o semnificație patologică (există copii care au această temperatură în mod constituțional), dacă nu sînt însoțite de alte manifestări de boală.

6. Febra medicamentoasă dată în special de formele injectabile ale unor medicamente (Penicilină, Streptomicină), dar și de unele medicamente administrate oral (cure lungi de Fenobarbital, de Difenilhidantoină).

7. Unele boli de piele de natură neinfecțioasă (dermatoze micotice, eczeme), care necesită antibiotice numai în situațiile în care sînt suprainfectate cu germeni bacterieni.

8. Infestările cu ciuperci (micozele), cu diferite localizări, în special în cavitatea bucofaringiană, unde produc stomatite sau angine micotice (stomatita albicans, angine cu monilii). În aceste cazuri, administra-

rea antibioticelor nu face decît să stimuleze dezvoltarea ciupercilor. Tratamentul corect constă în instilații locale cu glicerină boraxată 10%, la care se adaugă Nistatin, sau cu violet de gențiana soluție apoasă 1%; sau spălături largi bucofaringiene cu soluție bicarbonat de sodiu 10%. Ca tratament general, se administrează Nistatin pulbere, pentru suspensie orală, sau Stamicină, drajeuri.

9. În reumatismul cronic al copilului (artrita cronică juvenilă, artrita reumatoidă juvenilă), febra care apare în perioadele evolutive nu este de natură infecțioasă și nu este influențată de antibiotice, ci de medicația antireumatică (acid acetilsalicilic, Paduden, corticosteroizi etc.). Administrarea de antibiotice în această boală nu are rezultat nici profilactic, nici curativ.

Exemplele ar putea fi multiplicate, dar din cele enumerate reiese că în multe situații antibioticele nu numai că nu sînt necesare, ci pot avea chiar urmări nefavorabile și, în primul rînd, constituie o traumatizare inutilă a copilului și o pierdere de timp pînă la instituirea tratamentului corect. Ele pot chiar masca simptomatologia, ducînd la întîrzieri în diagnosticul corect al bolii. Pe lîngă toate acestea, ca numeroase alte medicamente, au o serie de reacții adverse (fenomene nefavorabile), care dau naștere la confuzii privind tabloul bolii și creează noi probleme de rezolvat. Uneori reacțiile adverse pot fi extrem de puternice, citîndu-se chiar accidente grave.

Prezentăm mai jos cîteva din aceste efecte secundare nefavorabile ale antibioticelor:

— manifestări alergice: urticarie, edem alergic, șoc anafilactic (la Penicilină G injectabilă, Moldamin, Ampicilină);

— febră medicamentoasă (febră chimică) la unele antibiotice injectabile (Penicilină, Streptomicină, Ampicilină);

— noduli postinjectili în masele musculare, unde s-au efectuat repetate injecții. Se poate ajunge la sclerozarea mușchiului și la retracția de cvadriceps (mușchiul din regiunea anterioară a coapsei), dacă în perioada de sugar un copil a primit multe injecții intramusculare în acea regiune (de regulă aceste injecții sînt antibiotice, care necesită introducerea repetată, cu o ritmicitate de 6-12 ore);

— diaree de antibiotice, în cazul unor administrări prelungite pe cale orală (Tetraciclina). Se produce un dezechilibru al florei bacteriene intestinale;

— vărsături după unele antibiotice administrate pe cale orală. Unii copii nu tolerează deloc Eritromicina sau Tetraciclina și varsă de la primele încercări de tratament, iar insistențele de continuare a administrării nu fac decît să înmulțească vărsăturile, care uneori sînt atribuite bolii, cînd în realitate se datorează medicației;

— inapetență după majoritatea antibioticelor administrate bucal peste 4-5 zile;

— dureri abdominale, în special în regiunea stomacului, după ingerări repetate de antibiotice (Tetraciclină, Eritromicină);

— tulburări de auz sau de echilibru (vestibulare) pot surveni după Gentamicină, Streptomicină, Kanamicină, în tratamente prelungite;

— fenomene de insuficiență renală în cazul curelor prelungite cu antibiotice nefrotoxice (Kanamicină, Gentamicină, Streptomicină);

— dezvoltarea de colonii de ciuperci pe mucoase (candidoze bucale, faringiene, vaginale), ca urmare a dezechilibrului creat între germenii bacterieni și ciuperci, favorizîndu-se înmulțirea celor din urmă;

— tulburări hepatice (dureri în regiunea ficatului, modificări ale probelor hepatice), în special la foștii bolnavi de hepatită, după unele antibiotice (Gentamicină, Eritromicină, Sinerdol);

— indurații ale venelor sau chiar tromboze în cazul administrării intravenoase (Eritromicină lactobionat);

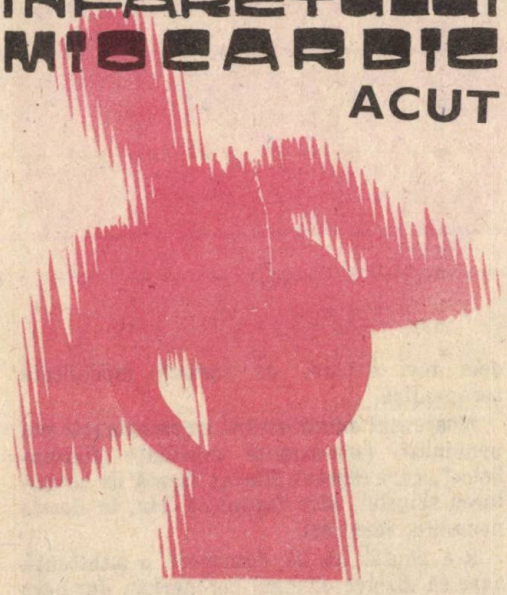
— crearea rezistenței la unele tulpini de bacterii prin administrarea repetată și nerațională de antibiotice.

Lista reacțiilor adverse poate fi continuată. Ne rezumăm însă la cele mai frecvent întîlnite și considerăm că ele reprezintă o pledoarie suficientă împotriva abuzului de antibiotice.

Și acum, răspunsul la întrebarea „Cu sau fără antibiotice la copil?" ar putea fi formulat astfel: „Dacă se poate, este preferabilă evitarea administrării de antibiotice și folosirea mijloacelor de profilaxie și tratament naturale, clasice, nevătămătoare. Dacă însă este vorba de o afecțiune care periclitează sănătatea sau amenință viața copilului, evident că se vor utiliza toate mijloacele, inclusiv antibioticele. Administrarea acestora va fi însă decisă de medic, rațională, corespunzătoare infecției în cauză și cu durata limitată la perioada cît este necesar. Preferabilă este utilizarea unui singur antibiotic, iar în situațiile grave asocierea a două sau maximum trei antibiotice, selecționate cu grijă, pentru a nu-și anula reciproc efectele".

Dr. *VLADIMIR MIHĂILESCU*
Clinica de Pediatrie „Fundeni"

METODE NOI ÎN TRATAMENTUL INFARCTULUI MIOCARDIC ACUT



Este bine cunoscut faptul că bolile cardiovasculare continuă să domine, prin frecvența lor, celelalte afecțiuni și se înscriu pe primul loc în „clasamentul" morbidității și, din nefericire, și al mortalității.

În ciuda unui anumit regres al morbidității și mortalității explicat prin influențarea favorabilă a factorilor de risc (combaterea hipertensiunii arteriale, a colesterolului crescut, abandonarea fumatului, echilibrarea diabetului zaharat etc.), cardiopatia ischemică este, în continuare, o „vedetă" a patologiei cardiovasculare. În cadrul ei infarctul miocardic este responsabil de o mare mortalitate, cel puțin pentru țările „industrializate".

Infarctul miocardic apare în special în cursul zilei (în principal al dimineții), fapt ce a făcut pe un medic să afirme că, din acest punct de vedere, medicii de gardă din spital pot sta liniștiți, fiindcă (de regulă) nu vor fi deranjați noaptea de bolnavii cu infarct.

Marea mortalitate în această boală se înregistrează în primele ore de la debutul ei, ceea ce impune un diagnostic corect și timpuriu.

Fără un examen electrocardiografic, niciodată nu se știe dacă prima criză de durere precordială (criza anginoasă) nu este un infarct miocardic, motiv pentru care cunoscutul cardiolog român, profesorul B. Theodorescu, considera că bolnavii cu o primă criză de angor să fie luați drept purtători ai unui infarct miocardic (pînă la efectuarea unui traseu electrocardiografic).

Cîteva considerații prealabile

S-a discutat foarte mult dacă și în ce proporție există o tromboză coronariană (adică un cheag de sînge care astupă una din ramurile arterelor coronare). Grație arteriografiei coronariene (fotografierea arterelor coronare după prealabilă introducere a unei substanțe radioopace), s-a putut evidenția la 80% din bolnavii cu infarct miocardic prezența acestui coagul.

Se știe, de asemenea, că în infarctul miocardic există două mari categorii de complicații, care pot duce la moartea bolnavului (în special în primele ore de la debutul durerii): o instabilitate electrică și una mecanică a miocardului.

Instabilitatea electrică, prin diferitele tulburări de ritm și de conducere, poate să ducă la moartea pacientului, de cele mai multe ori, prin fibrilație ventriculară. Instabilitatea mecanică realizează ceea ce se cheamă o insuficiență „de pompă" a inimii. Această insuficiență de pompă depinde de cantitatea de miocard pe care infarctul o scoate din funcție. Dacă 40% din miocardul ventriculului stîng (în imensa majoritate a cazurilor infarctul se localizează la nivelul ventriculului stîng) este scos din funcție se produce șocul cardiogen, aproape sută la sută mortal. Se înțelege că proporția scoaterii din funcție a miocardului depinde de dimensiunea infarctului.

Rezultă de aici necesitatea de a combate instabilitatea electrică și deficitul mecanic (hemodinamic) al miocardului.

Înființarea unor unități de îngrijire intensivă a coronarienilor a făcut ca bolnavii cu infarct să fie internați în spital și supravegheați continuu (prin înregistrarea pe monitoare, permanent, a electrocardiogramei, a pulsului, a respirației etc.). Această supraveghere continuă dă posibilitatea să se trateze imediat și adecvat orice tulburare de ritm. Se apreciază că cel puțin 50% din bolnavii cu infarct miocardic, care mureau prin tulburări de ritm, sînt astăzi salvați grație acestei urmăriri în compartimente speciale ale spitalelor.

La ora actuală se pune problema scăderii mortalității prin insuficiența hemodinamică a miocardului și rațional pare să se încerce micșorarea dimensiunii infarctului.

Tratamentul „agresiv" al infarctului miocardic acut

Pentru a micșora „talia" infarctului și a zonei de miocard la care parvine o cantitate mai mică de sînge („miocardul ischemic") s-au întrebuințat diverse metode, ca: perfuzii cu nitroglicerină, perfuzii cu glucoză, insulină și potasiu, substanțe cortizonice, substanțe beta-blocante (Propranolol), în anumite condiții etc. „Salvarea miocardului ischemic" se poate aprecia prin dozarea unor enzime (GOT, CPK, LDH etc.) și printr-o metodă electrocardiografică specială („cartografia precordială"). Aceste metode tre-

buie aplicate în primele șase ore de la debutul durerii și sînt considerate ca aparținînd așazisului tratament convențional.

Actualmente se merge mai departe pe această linie. Logica pare simplă. Dacă una din arterele coronare este astupată de un cheag de sînge, acest cheag trebuie îndepărtat, sîngele circulă prin artera repermeabilizată și poate să irige zona de miocard care, altfel, se compromite.

Important de reținut este un lucru: îndepărtarea coagulului nu se poate face decît în primele patru ore de la debutul durerii.

Înțelegem deci ușor că diagnosticul de infarct trebuie precizat cît mai repede și tratamentul de îndepărtare a cheagului trebuie aplicat în maximum patru ore de la începutul durerii precordiale.

Cum se poate îndepărta acest cheag? În primul rînd trebuie făcută o coronarografie, pentru a se vedea care este artera obstruată (astupată).

Îndepărtarea cheagului se poate face prin metode medicamentoase și mecanice.

Există două substanțe care pot „dizolva" cheagul, dacă sînt introduse în organism în primele patru ore de la începutul durerii precordiale: *streptokinaza* și *urokinaza*. Introducerea acestor enzime se poate face direct în vasul obstruat de cheag (după ce acest vas a fost reperat prin coronarografie) sau în perfuzie intravenoasă.

Introducerea intracoronariană a acestor enzime necesită o cantitate mai mică și realizează o „recanalizare" a vasului într-un timp mai scurt.

Introducerea în venă, sub formă de perfuzie, necesită o cantitate mai mare de streptokinază sau urokinază și un timp de recanalizare mai lung.

Recanalizarea se realizează într-o proporție de pînă la 80% și această proporție e mai mare la introducerea intracoronariană decît la cea intravenoasă.

Repermeabilizarea vasului coronarian astupat poate fi vizualizată coronarografic, dar există și metode indirecte care pot atesta acest fapt (prezența unor tulburări de ritm zise „de repermeabilizare", evoluția unor enzime în sînge prin dozarea lor la anumite intervale în timp, modificări electrocardiografice etc.). De asemenea, scintigrafia cu izotopi, ca metodă nesîngerîndă, poate confirma dispariția cheagului.

Aplicarea intracoronariană a streptokinazei sau a urokinazei este foarte greu de realizat, deoarece este nevoie, în permanență, de echipe care să poată face în prealabil coronarografia.

Se apreciază că numai 10—15% din bolnavii cu infarct miocardic acut, aduși la spital în timp util, pot beneficia, în țările

cele mai dotate, de această modalitate terapeutică.

Neajunsul administrării streptokinazei sau urokinazei (așa-numite substanțe „fibrinolitice", care dizolvă fibrina legată de coagularea sîngelui) este faptul că dau, în dozele necesare, sîngerări.

S-a căutat să se descopere o substanță care să dizolve cheagul coronarian, dar care să nu dea hemoragii. Această substanță este astăzi cunoscută și se numește T-PA (activatorul tisular al plasminogenului).

Istoricul descoperirii lui este interesant, pentru că punerea la dispoziția corpului medical a acestei substanțe a necesitat efortul conjugat al mai multor cercetători, din mai multe țări. Izolarea lui a fost urmată de purificare, de experimentarea pe animale și urmărirea eficacității pe oameni cu infarct miocardic acut, ca și studiul comparativ cu streptokinaza și urokinaza.

Activatorul tisular al plasminogenului a fost obținut (și apoi purificat) din lichidul de cultură celulară al unei tumori canceroase scoase, în S.U.A., de la un bolnav care s-a numit Bowes (de aici și denumirea de melanom Bowes). Culturile celulare de la această tumoare s-au făcut în Europa (Collen și Leaven) și s-a obținut o cantitate mică de T-PA. Un alt european a obținut 2 mg de T-PA din 5 kg țesut uterin. Eficacitatea acestei substanțe a fost demonstrată și pe animale, și pe om. T-PA s-a dovedit că acționează numai asupra trombusului pe care-l dizolvă mai repede și într-o proporție mai mare decît streptokinaza și urokinaza și, în plus, nu dă fenomene hemoragice.

Neajunsul acestei terapii a constat în cantitatea mică ce se obține. Este însă meritul

T-PA

necontestat al lui Pennica de a fi imaginat o metodă de inginerie genetică (prin recombinarea ADN, cu ajutorul microbilor din grupa *Escherichia coli*), în felul acesta obținîndu-se cantități suficiente de activator tisular al plasminogenului realizat prin recombinare (T-PA).

Marele avantaj al acestei substanțe este că nu necesită o coronarografie prealabilă și poate fi administrată intravenos, fie la domiciliul bolnavului, fie în cabinetul medicului, fie în ambulanța care îl transportă pe bolnav la spital, fie în camera de gardă a spitalului. *Singura condiție ce se cere este ca perfuzia să fie administrată la cel mult patru ore de la debutul durerii precordiale.*

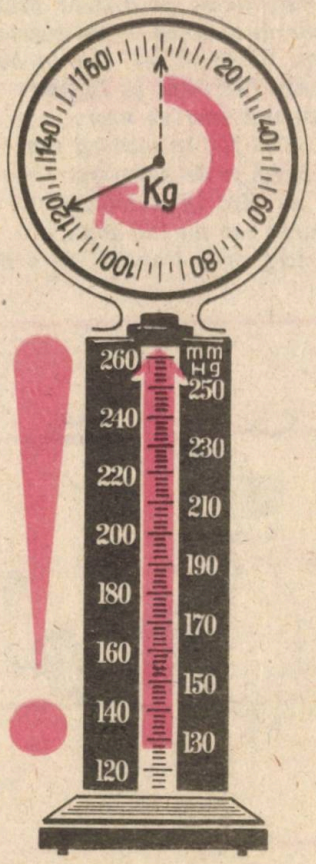
Există la ora actuală (începînd cu anul 1984) două studii importante efectuate pe cîteva sute de bolnavi cu infarct miocardic acut. Un studiu este întreprins de „Institutul pentru studiul inimii, plămînului și sîngelui", din S.U.A., și altul este un studiu în cooperație, întreprins de mai multe țări din Europa. Rezultatele sînt foarte bune, dar aceste cercetări vor trebui să fie extinse pe un termen mai lung, pentru a se vedea influența terapiei asupra „reinfarctărilor și asupra supraviețuirii".

Să nu uităm însă că acest tratament rezolvă numai un moment, e drept, dramatic, din evoluția unei boli. Se știe că la baza cardiopatiei ischemice stă un proces de ateroscleroză, care strîmtează vasele coronare. Cînd această „stenozare" depășește 70% din diametrul lor, apar de regulă durerile anginoase. Medicația aceasta „trombolitică" dizolvă trombusul, dar rămîn stenozele coronare. Dacă aceste „stenoze reziduale" sînt importante, se recurge la alte metode în completarea celor discutate pînă acum. E vorba de angioplastia transluminală, adică introducerea unui cateter cu balonaș la nivelul coronarelor strîmtate. Insuflarea balonașului dilată arterele stenozate.

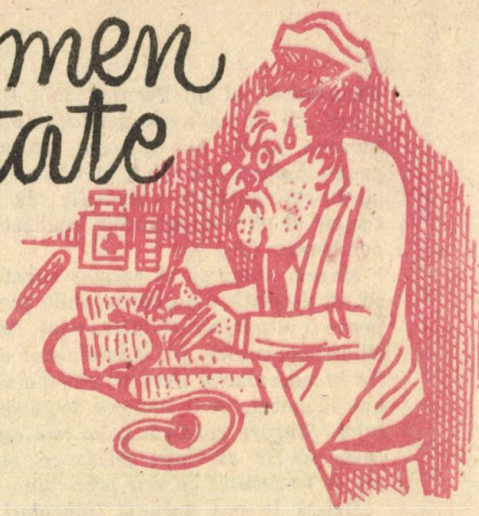
Dacă există mai multe artere coronare stenozate se practică o intervenție chirurgicală (un *by-pass* aorto-coronarian cu grefă venoasă, adică o trecere a sîngelui din artera aortă în artera coronară, sub locul strîmtorării, oferindu-i-se miocardului „ischemiat" cantitatea de sînge necesară.

Astfel de operații au luat o mare extindere, efectuîndu-se în toată lumea, inclusiv la noi în țară, cîteva sute de mii pe an.

Dr. *OVIDIU OPRIAN*
și Dr. *PAULA I. POGĂCEANU*
Spitalul M.I. „Dr. V. Babeș", București



Un fenomen de sănătate



O pacientă mai cochetă,
Năvălind brusc, ca o rachetă,
La un psihiatru cunoscut,
Cum a intrat, a început:
— Sînt o femeie cu cap cult,
Nu beau și nu mănînc prea mult,
Cafele nu consum deloc,
De dulciuri fug, cum fug de foc,
Nici nu fumez, nici nu pierd nopți,
Cartofii îi mănînc doar copți,
Tot ce-i prăjit eu ocolesc,
Iar sarea bine-o drămuiesc.
Mîncăruri cu sos evit
Și numai fierturi înghit.
Nu folosesc tranchilizante,
Mă mulțumesc cu ceai de plante,
Nu sforăi noaptea, n-am coșmar,
Nu-mi place să mă duc la bar,
Mișcare fac, cînt și la cor
Și nu mă enervez ușor.
Ba, ca să fiu în modern ton,
Iau lecții și de saxofon,
Dar nu cînt în autobuz;
De carne iar nu fac abuz,
Nu merg prin trenuri, nici prin gări,
Să inhalez fum de țigări,
Și nici la țară nu mă duc,
Că nu îmi place ceas cu cuc...
Și-atunci, c-un mîrîit de urs,
Medicu-o scoate din discurs:
— Ei, bravo! Totul e perfect.
Sînteți un om fără defect
Și, cum n-aveți nici un rival,
Aș spune chiar fenomenal.
Totuși, să fim documentați,
Vă rog să-mi spuneți unde stați?
Și, dup-o mică ezitare,
Răspunde dînsa cu candoare:
— N-aș vrea să afle cineva,
Eu stau la ...„9", salon A.

ION VULPESCU

Fără cuvinte

Desene de NIC NICOLAESCU.

Reumatismul cronic la copil

Denumirea medicală corectă a acestei boli este „artrită reumatoidă juvenilă“ sau „artrită cronică juvenilă“ (mai demult i se spunea „poliartrită cronică evolutivă“). Cunoscută și descrisă — sub diferite alte nume — încă din secolul trecut, ea a fost din ce în ce mai bine studiată, comparată cu reumatismul cronic al adultului și încadrată, în cele din urmă, printre bolile unui anumit tip de țesut conjunctiv, bolile de colagen. Este interesant de menționat că, în decursul anilor, boala și-a schimbat, în parte, unele caracteristici: nu mai este atît de invalidantă ca altădată, anchilozele (limitarea parțială sau totală a mișcărilor unei articulații) nu mai au persistența și ireductibilitatea care erau menționate în tratatele clasice și nu mai aduce copilul în starea de cașexie (slăbire generală) care — cu ani în urmă — era starea premergătoare unui deznodămînt fatal. Caracterul „evolutiv“ inexorabil de demult este astăzi limitat. Această schimbare în bine este, fără îndoială, rezultatul unei terapeutici complexe și raționale, permanent îmbogățite, al unui nivel de viață mediu mai ridicat și al condițiilor mai civilizate de trai și de locuință pentru majoritatea familiilor. Nu este însă exclusă și o schimbare a tabloului bolii din cauze rămase pînă în prezent necunoscute, așa cum se mai întîmplă și cu alte afecțiuni, a căror descriere diferă de cea făcută cu decenii în urmă.

Vîrsta de început a bolii este de obicei în perioada de preșcolar (3—6 ani). Există însă și debuturi mai precoce, uneori chiar sub vîrsta de 2 ani. În alte cazuri poate debuta la vîrsta de școlar.

Factorii declanșatori ai bolii prezintă încă multe necunoscute. Rolul infecțiilor sau al focarelor de infecție (spre exemplu, hipertrofia amigdaliană cu acutizări sau nu ale infecției amigdaliene) este numai acela de a precipita apariția bolii, a recăderilor ei, a agravărilor. Nici o infecție nu a putut fi incriminată direct în producerea artritei cronice juvenile ca boală și nici tratamentele antiinfecțioase nu au rezolvat fondul afecțiunii. Modificările meteorologice au, de asemenea, numai rol declanșator (frigul, umezeala) și, uneori, nici atît. Condițiile improprii de locuință (igrasie, frig) au același rol adjuvant, dar nu explică nimic din determinismul propriu-zis al afecțiunii. Rolul alergiei este încă sub semnul discuției. Etiologia (cunoașterea cauzelor) artritei cronice juvenile rămîne deci ascunsă printre cauzele bolilor de colagen, care și ele, la rîndul lor, au multe necunoscute.

Manifestările de debut ale bolii seamănă, în general, de la un caz la altul, fără a fi însă absolut identice. Debutul este treptat (insidios). Primul semn constă în dureri articulare, care pot începe la una, la două sau la mai multe articulații deodată. La debut, există următoarele variante posibile:

— prinderea unui genunchi sau a unei glezne, cu sau fără extinderea durerilor și a celorlalte fenomene articulare la alte articulații;

— prinderea ambilor genunchi sau a ambelor glezne, cu sau fără extindere;

— prinderea articulațiilor mici (metacarpofalangiene și interfalangiene) de la mîini și a celor de la picioare;

— prinderea unei alte articulații, mari, izolată sau simetric cu cealaltă (coate, articulația radiocarpiană), cu sau fără extindere;

— prinderea simultană a tuturor acestor articulații menționate;

— prinderea articulațiilor menționate, plus a coloanei vertebrale, în special regiunea cervicală (ceafa).

În afara celor menționate mai sus, mai există și alte variante posibile.

Durerile articulare sînt, obligatoriu, însoțite de tumefacții (umflături), cu mărirea perimetrului articulației bolnave și ștergerea reliefurilor ei. Articulațiile prinse sînt mai calde, cu tegumentele (pielea) locale ușor înroșite. Mișcările sînt mult limitate, extrem de dureroase, uneori imposibile, astfel încît bolnavul poate fi imobilizat la pat și pus în imposibilitatea de a efectua singur cele mai mici treburi. De regulă, la debutul bolii, copilul face febră timp de mai multe zile, uneori chiar mai multe săptămîni; febra poate depăși 39° și, uneori, chiar 40°. Există însă și cazuri complet afe-

brile, în special în formele cu prinderea unei singure articulații (monoarticulare).

După primele zile care urmează debutului, boala începe progresiv să-și contureze caracterele și forma clinică pe care o îmbracă. Există forme cu prinderea unei singure articulații (genunchi, gleznă, cot) și care rămîn astfel pe toată durata bolii (monoarticulare); forme cu prinderea a două, trei sau a cîtorva articulații în număr limitat (forme pauciarticulare); forme cu prinderea unui mare număr de articulații (poliarticulare). Acest caracter se conturează, de regulă, din primele săptămîni ale bolii, dar nu este exclus ca dintr-o formă cu puține prinderi articulare să se ajungă la un mare număr de articulații afectate. În general, în formele poliarticulare starea copilului este alterată, febra mai ridicată și mai persistentă. Caracterele artropatiilor (manifestărilor articulare) în aceste cazuri sînt următoarele:

— articulațiile mici de la membre sînt mai frecvent interesate decît cele mari;

— durerile și tumefacțiile articulare au un caracter simetric;

— impotența funcțională articulară este accentuată;

— tumefacțiile și deformările articulare au o durată mare, fiind foarte stabile.

Evoluția ulterioară a bolii este marcată prin perioade de agravare (acutizare), sub forma de crize (puseuri), care survin la intervale variabile una față de alta și au o durată variabilă (pînă la cîteva săptămîni). În timpul puseurilor, durerile articulare reapar cu toată intensitatea, tumefacțiile și impotența funcțională la fel, există adesea febră și majoritatea probelor de laborator (pe care le vom vedea mai jos) sînt din nou modificate, ca la debut. Între puseurile evolutive, boala nu se stinge complet; rămîn tumefacții și ușoare deformări articulare, dar copilul nu face febră și poate presta o activitate cvasinormală. Perioadele de ameliorare (remisiune) dintre puseuri sînt variabile, de la cîteva săptămîni la cîțiva ani.

Caracterul progresiv de altădată al bolii a fost astăzi stopat prin metodele de tratament modern, iar recuperarea funcțională este posibilă într-un procent foarte ridicat, uneori chiar totală.

Probele de laborator aduc cîteva elemente în plus pentru diagnosticul și mai ales pentru perioada de evolutivitate a bolii. Hemograma arată anemie moderată, creșterea numărului de leucocite și — în formula leucocitară — a polinuclearelor neutrofile. În puseurile acute leucocitele pot depăși 20 000 pe mm^3 (normal sînt sub 10 000/mm^3). Viteza de sedimentare a hematiilor este considerabil crescută la debut, înainte de tratament și în perioadele evolutive, constituind cel mai fidel test de evolutivitate. Valorile ei pot depăși 100 mm la o oră (normal sînt sub 10 mm). Mai sînt și alte probe de laborator modificate, dar interpretarea lor este de domeniul specialistului.

Profilaxia artritei reumatoide juvenile este nespecifică, ea constînd din respectarea unor principii elementare de igienă a activității și a locuinței, dar aceste măsuri nu pot preveni apariția bolii în sine. Ceea ce se poate preveni sînt recăderile, noile puseuri, precum și instalarea și agravarea anchilozelor care ar face din copil un invalid. Pe aceste direcții, profilaxia se intrică cu mijloacele de tratament.

Tratamentul în momentul instalării bolii vizează combaterea durerilor, a tumefacțiilor articulare și a febrei. Principalul medicament rămîne acidul acetilsalicilic (Aspirina), care se administrează după anumite reguli. Doza zilnică se situează în medie între 60—80 mg/kilocorp și se fracționează în

3—4 doze pe zi, care se administrează după mese (medicamentul poate produce arsuri gastrice sau chiar ulcer). Se dă în fiecare zi, timp de 4—8 săptămîni (uneori mai mult), după care, în caz de ameliorare, doza se reduce, pentru a evita efectele secundare. Administrarea acidului acetilsalicilic trebuie, la fiecare priză, însoțită de cîte 1/4—1/2 tabletă de Ulcerotrat sau Calmogastrin, pentru prevenirea ulcerului.

Lipsa de răspuns la acid acetilsalicilic obligă la înlocuirea cu medicamente mai energice, de tipul Paduden (Ibuprofen, Brufen) sau Perclusone. Foarte rar se folosește, în locul acestora, Fenilbutazona, pe cale orală (unguentul aplicat local are rezultate slabe și tranzitorii).

În caz de eșec, se încearcă tratamentul cu săruri de aur (Tauredon), cîte o injecție intramusculară pe săptămînă, apoi — în caz de răspuns favorabil — injecțiile se spațiază la 2—4 săptămîni. Este un tratament utilizat mai rar, din cauza toxicității produselor.

Indometacina nu se utilizează sub vîrsta de 14 ani.

Prednisonul rămîne medicamentul cu rezultatele cele mai prompte și mai spectaculoase, dar efectele lui sînt de scurtă durată și poate crea dependență. Este indicat în formele sistemice (cu mărirea ganglionilor limfatici, splinei și ficatului, febră ridicată și — uneori — pericardită), în formele poliarticulare rezistente la celelalte tratamente și în caz de complicații oculare (iridociclita). Cura de Prednison începe cu 2 săptămîni de tratament continuu (zilnic), cîte 1,5 mg/kilocorp/24 ore, apoi se trece la tratamentul discontinuu (o zi da, o zi nu), scăzîndu-se treptat și doza zilnică cu cîte o tabletă la 1—2 săptămîni. Prednisonul impune regim desodat (fără sare), fără condimente iuți, administrare numai după mese, asociere cu Ulcerotrat sau Calmogastrin la început (cînd dozele sînt încă mari), cu clorură de potasiu, cu calciu și vitamina D.

În ultimul timp, în locul Prednisonului se poate utiliza Diprophos, cîte o injecție intramusculară la 4 săptămîni interval, fiind un preparat steroidic cu efect prelungit. Tratamentul local, intraarticular, cu acest produs, nu dă rezultate superioare; în plus, este traumatizant și creează riscul infecțiilor intraarticulare. La fel hidrocortizonul acetat intraarticular.

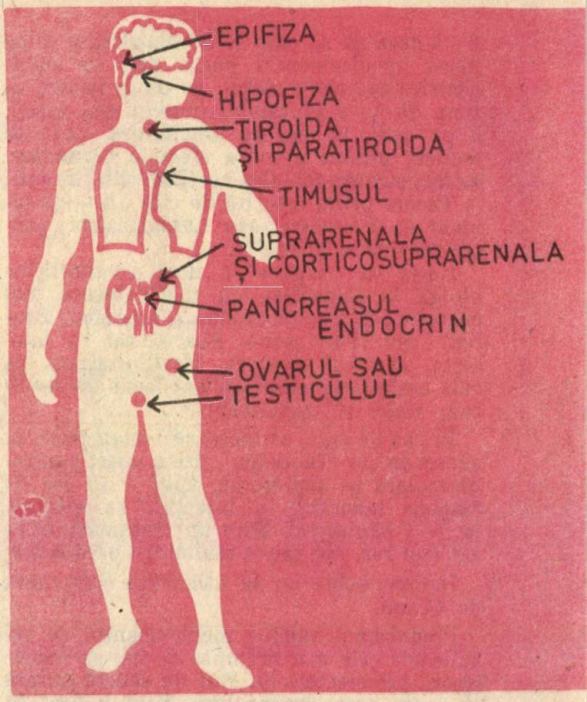
Tratamentul balnear și fizioterapic este de primă importanță și constituie, totodată, o profilaxie a noilor puseuri, a anchilozelor și a deformărilor invalidante articulare. Mișcările active repetate la nivelul articulațiilor interesate (frămîntarea de plastilină pentru articulațiile degetelor, bicicleta ergometrică), masajele, aplicațiile locale de nămol cald, băi termale nu pot fi însă efectuate decît după trecerea puseului acut, dispariția febrei și scăderea vitezei de sedimentare a hematiilor. Stațiunile balneare cele mai indicate sînt 1 Mai, Băile Felix, Eforie Nord.

Au mai fost încercate și diferite alte metode de tratament, mai ales în cazurile unde cele clasice au eșuat. Boicil forte, în infiltrații locale, avînd însă numai efectul de combatere a durerii și imobilității articulare; Pell-Amar, sub formă de infiltrații periarticulare, mai multe zile consecutiv, sau ca unguent aplicat local în strat subțire; Clorochina, care este însă toxică pentru retină. Pentru corectarea deformațiilor mari, ireductibile, este necesar, uneori, tratamentul ortopedic.

În concluzie, în artrita cronică juvenilă tratamentul și profilaxia noilor puseuri se intrică, ele îmbinînd mijloace medicamentoase cu procedee fizioterapice și balneare.

Dr. VLADIMIR MIHĂILESCU
Clinica de Pediatrie „Fundeni"

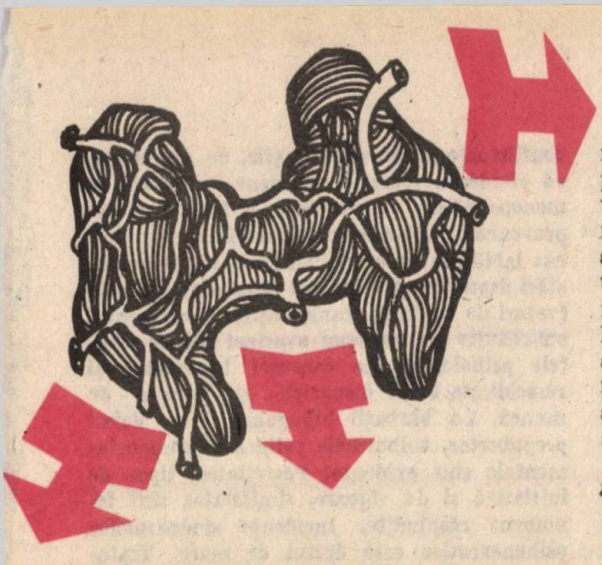
HORMONI ŞI PSIHIC



Numeroase observaţii clinice acumulate de-a lungul anilor au atras atenţia asupra relaţiilor strînse între sistemul nervos central şi cel glandular. Cea mai grăitoare dovadă o constituie modificările comportamentale şi diversitatea stărilor emoţionale semnalate în cursul bolilor endocrine cauzate de excesul sau deficitul hormonal. Dispariţia modificărilor psihice, concomitent cu instituirea tratamentului şi cu vindecarea afecţiunii glandulare, este un argument, în plus, care pledează în favoarea interrelaţiilor funcţionale creier-glande endocrine. Deşi mecanismul de producere a tulburărilor psihice şi mintale nu este totdeauna elucidat, influenţele reciproce între cele două sisteme sînt neîndoielnice. În prezent se ştie că centrii nervoşi din hipotalamus exercită un control important asupra glandei hipofize, acţionînd prin intermediul neurohormonilor, denumiţi şi „*releasing factors*". În afara hipotalamusului, numeroşi alţi centri nervoşi, situaţi în diferite arii ale creierului, transmit informaţii la nivelul nucleilor hipotalamici, fiind cuprinşi, de asemenea, în controlul nervos al hormonilor hipofizari.

Tiroida, glandă cu rol important în metabolismul energetic, este sursa a doi hormoni principali — *tiroxina* şi *triiodotironina* —, indispensabili pentru creşterea şi dezvoltarea organismului şi mai ales esenţiali pentru dezvoltarea creierului. Deficienţele grave întîlnite în cretinism, privind dezvoltarea somatică şi mintală, sînt expresia grăitoare a rolului deţinut de hormonii tiroidieni. Excesul de hormoni tiroidieni, *hipertiroidia*, se manifestă fie ca *tireotoxicoză*, fie ca *maladie Basedow*, caracterizată prin gușă difuză şi exoftalmie (propulsia în afară a globului ocular). Hipertiroidia poate fi determinată de administrarea terapeutică de hormoni tiroidieni, de carcinomul tiroidian, de tumoarea hipofizară etc. A fost incriminat, de asemenea, rolul stresului emoţional în declanşarea hipertiroidiei. Ca urmare a excesului de hormoni tiroidieni, o activităţii crescute a sistemului simpatic şi a creşterii arderilor, hiperactivitatea nervoasă este caracteristică hipertiroidianului. Gîndirea, mişcarea, respiraţia şi vorbirea se desfăşoară într-un ritm rapid. În formele acute există o agitaţie motorie permanentă. Plînsul apare din senin, ca şi izbucnirile nejustificate de rîs. Tabloul clinic este complex. Anxietatea, tulburările de somn (insomnia), agitaţia psihică sînt fenomene obişnuite. Locvacitatea (limbuţia) se îmbină cu exuberanţa şi euforia, reflexele sînt vii. Psihozele toxice sînt frecvente în formele severe. Psihastenia şi neurastenia sînt mai des întîlnite decît stările maniaco-depresive, reacţiile schizoide sau cele paranoice. În stările toxice grave se poate ajunge la delir şi comă. Comportamentul aberant se schimbă brusc, devenind normal, în mod miraculos, după administrarea tratamentului antitiroidian.

În *hipotiroidie*, stare provocată de scăderea (hipotiroidism) sau absenţa (mixedem) hormonilor tiroidieni, cu etiologie (cauză) variată — agenezie (tulburare în dezvoltarea embrionară), medicaţie antitiroidiană, administrare de iod radioactiv, tiroidectomie, cancer tiroidian tiroidită autoimună ş.a. —, manifestările psihice sînt uşoare sau severe, în funcţie de gravitatea bolii. Tulburările psihice şi mintale din mixedem (formă tipică a insuficienţei tiroidiene avansate) sînt reversul celor din hipertiroidie. Lentoarea funcţiilor



intelectuale este caracteristică bolii. Vorbirea este lentă, ezitantă, memoria deficitară, iar activitatea intelectuală redusă. Reacțiile emoționale se produc la un nivel foarte scăzut. Au fost semnalate apatie, somnolență, depresiune, care pot simula schizofrenia. Există modificări importante și specifice ale EEG, cu absența undelor alfa, care dispar sub tratament tiroidian. Hipotiroidienii sînt sensibili la acțiunea deprimantă a morfinei și fenotiazinelor. În mixedem, succesul tratamentului depinde de vîrsta la care se începe terapia hormonală, întrucît deficitul tiroidian din perioada fetală sau de după naștere are drept consecință maturizarea incompletă a creierului — hipoplazia neuronilor corticali, mielinizare întîrziată și diminuarea vascularizației cerebrale —, ceea ce antrenează întîrziere în creștere, în dezvoltarea sexuală și în activitatea mintală. Dacă tratamentul cu hormoni tiroidieni debutează imediat după naștere, rezultatele sînt spectaculoase, copilul putînd atinge o dezvoltare fizică și inteligență normale. Chiar la adult hipotiroidia neglijată și prelungită are efecte nedorite: somnolență, oboseală, deficit al memoriei, dificultate în executarea muncii zilnice, reflexe întîrziate, sensibilitate la frig și predispoziție crescută la ateroscleroză. În hipotiroidismul ușor simptomele sînt fruste, diagnosticul fiind adesea greu de stabilit. La bătrîni cu mixedem apar adesea stări depresive și demențiale, care se confundă cu demența senilă.

Excesul de hormoni suprarenali (glucocorticoizi) din sindromul Cushing (hiperplazie sau tumoare suprarenală) sau din boala Cushing iatrogenă (după administrarea de doze mari de cortizon), ca și deficitul de hormoni corticoizi, se asociază cu tulburări psihice a căror intensitate este în funcție de severitatea bolii. Astfel, în insuficiența suprarenală din boala Addison au fost semnalate particularități comportamentale, ca: nervozitate, oboseală extremă, iritabilitate și negativism. Apatia, lipsa de apetit, scăderea activității sexuale și a libidoului domină tabloul clinic. În formele severe se produc modificări însemnate ale personalității, psihoze de tip organic cu delir ș.a. Există, de asemenea, un prag scăzut al percepției stimulilor olfactivi, gustativi și auditivi. La addisonieni sistemul nervos este extrem de sensibil la narcotice și barbiturice. Fenomenele mai sus-amintite dispar după tratament susținut cu glucocorticoizi (Cortizon, Prednison etc.).

În boala Cushing excesul de glucocorticoizi circulanți produce, între altele, o instabilitate emoțională marcată. Există de fapt o gamă largă de manifestări, de la aspecte hipomaniacale, pînă la depresiuni nervoase severe. Acestea din urmă apar mai ales după extirparea glandelor suprarenale și pot lua forme grave, ajungînd, uneori, pînă la sinucidere; de aceea echilibrul nervos trebuie susținut cu medicație antidepresivă.

Au mai fost descrise în boala Cushing pierderea memoriei pentru întîmplări recente, lipsă de orientare, halucinații și chiar stări paranoide. După unii autori tulburările psihotice din sindromul Cushing apar în 15—20% din cazuri. Dealtfel, s-a constatat că, înainte de a se stabili diagnosticul real, mulți dintre bolnavi au fost inițial internați în clinici de psihiatrie, datorită predominanței fenomenelor nervoase. După tratament se constată o îmbunătățire surprinzătoare în privința tulburărilor psihice. Este interesant faptul că, pe cînd în sindromul Cushing prin hiperplazie sau tumoare suprarenală predomină depresiunea nervoasă, la cei tratați cu doze mari de cortizon fenomenul predominant îl constituie euforia.

Excesul sau lipsa de insulină se asociază adesea cu perturbări psihice. Odată cu descoperirea insulinei, efectele hipoglicemiei asupra sistemului nervos au fost mai bine studiate după aplicarea șocurilor cu insulină la schizofrenici. Hipoglicemia severă sau coma hipoglicemică poate produce deteriorări ale funcțiilor cerebrale, cu manifestări asemănătoare celor din encefalopatii. Administrarea de glucoză face să dispară rapid tulburările neurologice, cu excepția cazurilor severe, cu leziuni cerebrale ireversibile. La nounăscuți hipoglicemia produce modificări importante ale EEG și anomalii cerebrale diverse (microcefalie ș.a.), fenomene lesne de

înțeles, dat fiind faptul că sursa majoră de energie a creierului o constituie glucoza. În formele moderate de hipoglicemie se constată deprimarea ideației, oboseală, stări anxioase și chiar comportament psihonevrotic. Bolnavii cu rezerve scăzute de glucocorticoizi (addisonieni) sînt foarte sensibili la hipoglicemia provocată de ingerarea alcoolului.

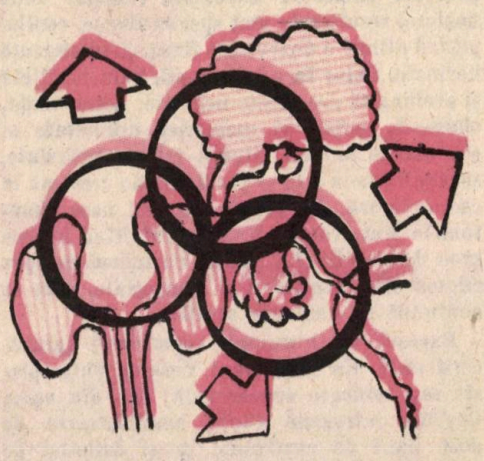
Tulburări nervoase (nervozitate, insomnie, iritabilitate) au fost descrise și în diabetul netratat. Studii pe un număr mare de subiecți au semnalat apariția tulburărilor psihice la diabetici, cu mulți ani înainte de recunoașterea bolii metabolice. La copii s-au descris coșmaruri, neînțelegeri familiale, conflicte sexuale, stări depresive. O dovadă a influențelor reciproce creier-pancreas o constituie și faptul că nu numai diabetul produce tulburări emoționale, dar și stările emotive sau tensiunea psihică intensifică manifestările diabetului.

În feocromocitom — tumoare a celulelor cromafine provenite din zona medulară a suprarenalei — tulburările cardiovasculare dramatice sînt însoțite de perturbări psihice, ca: anxietate, nervozitate sau psihoze, ca urmare a descărcărilor masive de catecolamine care, la rîndul lor, afectează funcțiile cerebrale.

Influența hormonilor sexuali — testosteron și hormoni ovarieni — asupra psihicului și comportamentului este cunoscută de multă vreme, debutînd cu observațiile făcute pe eunuci. Diferențele comportamentale între cele două sexe — bărbatul, combativ și viguros, femeia, complezentă și înțelegătoare — sînt, în mare măsură, determinate de prezența hormonilor sexuali. După administrarea dozelor mari de hormoni androgeni la femeie (cancer de sîn), s-au remarcat modificări psihice însoțite de intensificarea libidoului. La bărbat după castrare sau la cei cu tumori feminizante ale suprarenalelor prin exces de estrogeni s-au descris modificări de comportament, și anume: pasivitate, apatie, pierderea activității sexuale și a libidoului. Este ilustrativă, de asemenea, comportarea aberantă a copiilor cu pubertate precoce prin exces de hormoni androgeni. Impregnarea precoce cu hormoni sexuali produce stări de agitație, excitație erotică puternică și chiar agresivitate. La fete a fost deseori semnalată pierderea menstrelor (amenoree) după stări conflictuale prelungite. Se știe, de asemenea, că pierderea secreției ovariene la femeia la menopauză sau ovariectomia la femeia adultă provoacă o varietate de tulburări neuropsihice, ca: labilitate emotivă, nervozitate, insomnii, stări depresive și tulburări vegetative marcate (valuri de căldură, transpirații). Tratamentul substitutiv cu hormoni ovarieni reduce efectele psihologice ale carenței hormonale și restabilește buna dispoziție și puterea de muncă. La bărbații hipogonadici cu debut prepubertar, tulburările psihice și comportamentale sînt evidente. Pasivitatea, lipsa de inițiativă și de vigoare, timiditatea sînt fenomene răspîndite. Incidența sindroamelor psihonevrotice este destul de mare. Tratamentul cu hormoni sexuali instituit din vreme, adică înainte de pubertate, determină și desăvîrșește maturizarea psihosexuală. Terapia cu hormoni androgeni are efecte evidente asupra comportării și stării psihice. S-a remarcat, astfel, creșterea tonusului psihic și chiar euforie, dezvoltarea combativității și a spiritului de inițiativă, creșterea încrederii în forțele proprii, intensificarea libidoului și a puterii sexuale ș.a.

Fără a fi totdeauna specifice, dereglările psihice apar în toate bolile endocrine și sînt remediate, de cele mai multe ori, prin tratament adecvat. Interdependența creier-glande endocrine este uneori atît de strînsă, încît este greu de apreciat dacă punctul de plecare l-a constituit afecțiunea nervoasă sau cea endocrină.

MADELEINE MĂICĂNESCU-GEORGESCU
Doctor în medicină



Știți ce este

MASTODINIA

Dr. **IOAN RĂDULESCU**
Clinica de obstetrică-ginecologie,
Spitalul clinic „Filantropia"

Prin *mastodinie* se înțelege durerea însoțită de senzația de greutate, congestie și stări spastice vasculare ale sînilor. În mod fiziologic, glanda mamară este sediul unor modificări legate de ciclul menstrual. Și la nivelul glandei mamare, și la nivelul organelor genitale, în special al uterului, se produc fenomene vasculare sub aceeași acțiune comună nervoasă și hormonală care le asigură troficitatea. Este foarte bine cunoscută astăzi activitatea hormonală, atît a ovarelor, cît și a hipofizei, asupra glandei mamare, în afara și în timpul cît femeia este gravidă și lăuză.

Mastodinia o întîlnim în general la femei cu sistem nervos dezechilibrat, a căror receptivitate pentru hormonii ovarieni este crescută, precum și la femei cu dereglări ale raportului dintre foliculină și progesteron, chiar cînd starea psihonervoasă este normală.

Emoțiile, bolile genitale, castrările chirurgicale pot fi uneori cauze declanșatoare ale bolii.

Mastodinia — boală în care simptomul dominant este durerea — o întîlnim mai ales la femeile între 20 și 50 de ani, necăsătorite sau fără copii, cu menstruații neregulate și foarte dureroase. La epoca pubertății, mastodinia o întîlnim atît la fete, cît și la băieți.

Manifestarea dureroasă a bolii este de obicei spontană, cu iradieri în umăr, braț, coloană vertebrală, cu caracter lancinant, uneori paroxistică, înainte și în timpul primelor ore sau zile ale menstruației, durere care încetează odată cu sfîrșitul menstruației. Sediul durerii este localizat frecvent în pătratul superoextern al mamelei, interesînd atît glanda mamară, cît și pielea acesteia, la atingerea cu lenjeria sau cu mîna. Durerea poate fi uni- sau bilaterală. Cînd este bilaterală pare a fi stimulată și întreținută de o leziune genitală de aceeași parte cu mamela dureroasă. Femeia își simte sînii grei și se reține de a face eforturi cu brațele sau de a avea un mers trepidant, datorită creșterii durerii sînilor. Femeia cu mastodinie, pe lîngă durere, se plînge că sînii (sînul) se măresc ca volum și devin congestivi, cu pielea palidă și mamelonul în stare de erecție și dureri accentuate de frig.

La examenul obiectiv al sînilor, medicul ginecolog nu evidențiază de obicei nimic. Se deosebesc o formă primitivă de mastodinie, fără leziuni anatomice, și o formă secundară, cu leziuni locale sau la distanță, acestea constituind spina iritativă a bolii. Uneori însă mastodinia poate lua forme nodulare, cu noduli cu diametrul de aproximativ 0,5 cm, dureroși spontan și la presiune. În perioada premenstruală, cînd mamela este mai congestionată, conturul nodulilor dispare, iar la biopsie vedem că este vorba de o proliferare a lobulilor mamari, iar ganglionii nu sînt afectați, lucru foarte important în precizarea diagnosticului.

Evoluția mastodiniei este lungă și benignă, bolnava putîndu-se vindeca de foarte multe ori spontan.

Un număr important de autori cred, însă, că mastodinia este forma de debut a mastozei chistice Reclus, caracterizată prin existența unor multiple chisturi de forme și dimensiuni variabile, cu congestie, ușoară creștere în volum și dureri la nivelul sînilor.

La presiune, sînul secretă uneori un produs lăptos sau o secreție seroasă, dar nu hemoragică.

Dezvoltarea chisturilor la nivelul sînilor ia uneori aspectul de placard, datorită mai multor chisturi grupate în același sector sau uneori cu caracter difuz, interesînd toată glanda, sub forma unor noduli de mărimi variabile.

Existența nodulilor mamari, însoțiți sau nu de mărirea ganglionilor, de congestie, greutate și dureri mamare a neliniștit întotdeauna femeile, pe motivul că mastodinia sau boala polichistică s-ar putea transforma la un moment dat într-un cancer mamar.

Tocmai în aceasta rezidă importanța prezentării la medicul specialist ginecolog a femeilor cu mastodinie, pentru a vedea, de la început, despre ce este vorba și ce trebuie

făcut în scopul preîntîmpinării unor confuzii care ar putea avea evoluție nefavorabilă.

Evoluția mastodiniei este în general lentă, benignă și de lungă durată.

În timpul menstruației, după cum am mai spus, nodozitățile mamare se congestionează, cresc în volum și în greutate și devin dureroase, ca după terminarea menstrei toate aceste semne să dispară, revenind în cadrul evoluției bolii, cu mai multă intensitate la viitoarele menstruații.

După instalarea perioadei de menopauză, concomitent cu procesul de atrofie și involuție a glandei mamare, fenomenele de mastodinie încep să se estompeze, pentru ca ulterior să dispară complet.

Felul în care apare mastodinia comportă încă discuții și astăzi, deși multe date clinice și de laborator recente au scos în evidență fapte interesante și ilustrative din punct de vedere neurogen, vascular și endocrin.

Vechile teorii care atribuiau mastodiniei o origine inflamatorie sau tumorală nu au reușit să explice mecanismul de producere a bolii.

Astăzi majoritatea oamenilor de specialitate sînt de acord că boala este rezultatul unor tulburări neurohormonale, în special ale estrogenilor (foliculinei) în exces, care pot modifica funcționalitatea normală a glandei mamare.

În urma cercetărilor efectuate, atît clinice, cît și de laborator, s-a ajuns la concluzia că originea mastodiniei este rezultatul modificărilor echilibrului estrogenic (foliculinic) din organism și corelația endocrină cu celelalte glande.

Deși boală de lungă durată, cu aspect clinic benign, mastodinia trebuie să îndemne pe orice femeie cu dureri ale sînilor, dependente de menstruație sau nu, să consulte medicul specialist ginecolog, atît pentru precizarea unui diagnostic corect, cît și pentru instituirea, de la început, a unui tratament adecvat pe linie hormonală, pînă la abolirea fenomenelor de mastodinie.

Este foarte indicat, din faza de început a bolii, un tratament cu scopul de a calma fenomenele locale dureroase și a îmbunătăți starea psihonervoasă a femeii. Vor fi evitate de către medic manevrele brutale, în timpul examinării, iar femeia va fi sfătuită să nu-și comprime glanda mamară. De asemenea, femeia va fi sfătuită să reducă alimentația condimentată, cu lichide în exces.

Hidroterapia prin comprese umede aplicate pe sîni poate fi utilă în unele cazuri. Tratamentul rațional rămîne însă cel hormonal, care va fi făcut numai sub îndrumarea și controlul permanent al medicului specialist ginecolog.

În felul acesta femeia va scăpa de obsesia cancerului mamar și își va recăpăta echilibrul psihonervos, putînd să-și vadă, în continuare, de preocupările atît de multiple din zilele noastre.

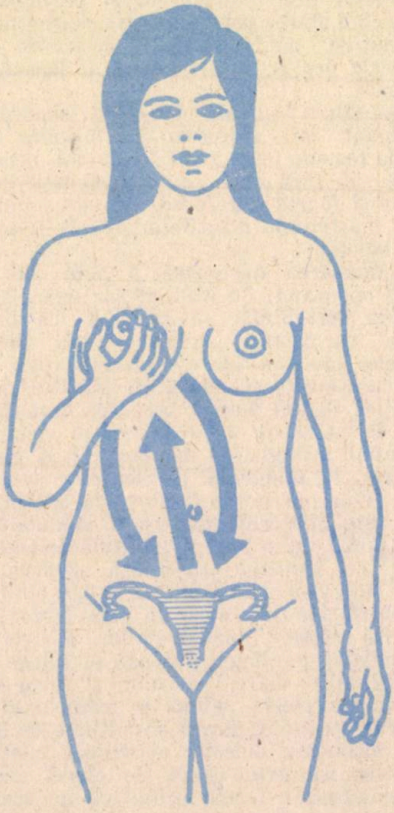
Știut fiind că mastodinia este dependentă de starea menstruației, în cadrul tratamentului medical se va avea în vedere îndepărtarea acestor tulburări care pot afecta nu numai glanda mamară, ci și întregul organism al femeii.

Încă din perioada pubertară, menstruația și starea sînilor pot îmbrăca semne clinice cu caracter patologic, semne care trebuie aduse la cunoștința medicului specialist ginecolog, care este în măsură să le corecteze prin aplicarea unui tratament științific.

În general socotim că este necesar ca toate femeile, începînd încă de la pubertate, să-și însușească noțiunile necesare de igienă genito-mamară.

În perioada adultă a femeii igiena genito-mamară își găsește terenul de aplicare cu predilecție ca urmare a vieții sexuale și a puerperalității. Datorită acestor considerente, igiena pe care femeia trebuie să și-o impună constituie cea mai bună profilaxie a îmbolnăvirilor genito-mamare.

Profilaxia mastodiniilor trebuie făcută individual și colectiv, prin controale periodice și tratament adecvat, care să aibă în vedere atît factorul nervos și vascular, cît și amendarea unor afecțiuni genitale, cu răsunet asupra glandei mamare a femeii.



UNEORI

ASTMUL BRONȘIC

SE POATE TRATA ȘI FĂRĂ MEDICAMENTE

Este destul de greu să convingi astăzi un bolnav de astm bronșic să renunțe — bineînțeles, cînd situația permite — la antibiotice, Miofilin, cortizon sau la *spray*-ul său de toate zilele și să le înlocuiască cu ceaiuri, băi, masaje, înțepături de ac, ouă de prepeliță etc.

Greu este și pentru bolnav să renunțe la pastiluțele sale zilnice, cu care s-a obișnuit, cu toate că el știe prea bine că, oricît de sofisticate ar fi, nu-l vindecă. Ba, mai mult, cu vremea ele devin ineficiente, unele dintre ele chiar dăunătoare. Cine nu știe că microbii își iau măsuri de apărare și devin rezistenți la antibiotice, că miraculosul cortizon folosit multă vreme produce umflături, ulcer gastric, insuficiența glandelor suprarenale, demineralizarea oaselor și favorizează infecțiile?

Pînă nu de mult, se spunea despre astmul bronșic că este o „boală pentru toată viața, care nu se vindecă niciodată". Această concepție a suferit, în ultima vreme, unele modificări, ca urmare a fabricării unor medicamente extrem de eficace și, de necrezut, datorită reactualizării unor mai vechi metode terapeutice naturale. Cu toate acestea, nici azi nu se poate spune că astmul bronșic se poate vindeca. În schimb, se poate afirma, fără rezerve, că evoluția sa poate fi modificată, în sensul ameliorării crizelor, iar în unele cazuri, chiar amendarea lor, pentru foarte multă vreme, ajungîndu-se pînă la cîțiva ani.

Care este cel mai potrivit moment pentru aplicarea terapiilor naturale în cazul astmului bronșic? La o astfel de întrebare voi răspunde cu un citat din operele lui Hipocrate: „A dobîndi vindecarea este mai presus de orice în știința medicală: mai multe căi, însă, ducînd către această țintă, trebuie s-o alegem pe cea mai puțin vătămătoare".

Cel dintîi sfat care se dă bolnavului de astm bronșic este evitarea, pe cît posibil, a factorului care îi provoacă crize: alergen, microbi, frig, umezeală, ceață, fum, efort fizic, stres emoțional etc. Alergenii sînt substanțe care în contact cu organismul bolnavilor alergici produc reacții specifice, manifestate la nivelul pielii prin urticarie și edem Quincke, iar la plămîni prin crize sufocante, tipice. Alergenii sînt foarte numeroși, ei putînd fi găsiți în alimente (ouă, carne, ciocolată, căpșuni etc.), aer (păr, praf, mai ales de casă, fulgi), medicamente (Aminofenazonă, Penicilină, Streptomicină etc.) etc. Ei sînt puși în evidență de către medic, cu ajutorul unor teste speciale.

Pînă la venirea medicului, bolnavul de astm bronșic, în criză, poate profita de una din următoarele manevre sau remedii:

— deschiderea ferestrelor cît mai mult posibil;

— așezarea bolnavului pe un scaun, cu antebrațele încrucișate pe piept și capul aplecat înainte, cît mai mult, pentru a fi atinse mîinile cu fruntea;

— aplicarea unei comprese cu apă caldă pe ceafă;

— aplicarea unei comprese calde cu apă și oțet pe abdomen;

— aplicarea unei cataplasme calde cu tîn pe abdomen;

— băi fierbinți la mîini și picioare, simple sau cu făină de muștar;

— masaj energic în următoarele regiuni: între sprîncene, în scobitura și pe marginile osului stern: pe spate în zonele contractate;

— la copii, masajul spatelui cu un prosop muiat în apă caldă cu oțet;

— întinderea pielii gîtului, sub mărul lui Adam, cu două degete, apoi tracționarea sa într-o parte și alta;

— flagelarea toracelui, pe toate suprafețele, cu urzici (manevra se poate executa și între crize);

— sugerea unei bucăți de zahăr, pe care au fost puse 20 de picături din următorul preparat: cîțiva cățel de usturoi zdrobiți și puși la macerat, pentru 10 zile, în 250 cm³ alcool de 90°;

— aspirarea pe nas, a cîtorva picături puse în palmă și frecate bine cu vîrful unui deget, din următorul preparat; 30 cm³ alcool de 90° și 10 picături de esență de mentă;

— masajul mucoasei nazale, în partea sa anterioară, în apropierea septului despărțitor, timp de cîteva secunde, cu vîrful unui bețigaș de lemn, învelit strîns cu vată și muiat în esență de mentă;

— inhalarea fumului de ţigarete antiastmatice, procurate din farmacii;

— două cești de cafea concentrată, băute una după alta;

Pentru prevenirea crizelor:

— seara, o baie fierbinte la picioare, simplă sau cu făină de muştar;

— supă concentrată de usturoi, seara; proprietăţi antialergice, ca şi usturoiul, mai au şi alte alimente: hreanul (ras şi amestecat cu suc de lămîie sau macerat, după ce a fost ras şi fiert cîteva minute); napi (sirop sau în mîncare); ridichii, mai ales cele negre; roşii, afine (dulceaţă sau infuzie) etc.

Tot pentru evitarea crizelor nu vor fi consumate seara alimente indigeste.

Pentru calmarea tusei:

— infuzie de cimbrişor (2 linguri, la o cană cu apă, cîte 3 căni pe zi);

— infuzie de talpa gîştii (3 linguriţe la o cană cu apă, cîte 3 căni pe zi).

Pentru combaterea spasmului bronşic:

— macerat de talpa gîştii (2 linguriţe de frunze, la o cană cu apă rece, macerate timp de 10 zile, cîte 3 căni pe zi);

— infuzie de rozmarin (o lingură de frunze sau flori, la o cană cu apă, 3 căni pe zi);

— infuzie de isop (2 g la un litru de apă, cîte 3 căni pe zi).

Pentru copii cu astm bronşic:

— infuzie de flori de muşeţel (3 linguriţe la o cană cu apă, 3 căni pe zi);

— infuzie de frunze de pătlagină (o lingură la o cană cu apă, cîte 2 căni pe zi);

Pentru prevenirea crizelor:

— băi de aburi, la cap, cu unul din următoarele decocturi, de două ori pe zi: salvie, flori de tei, seminţe de mărar, coada şoricelului etc.

Un remediu foarte eficace îl constituie **oul de prepeliţă**, ale cărui calităţi antialergice au fost redescoperite, în urmă cu 20 de ani, întîmplător, în Franţa, de către o bolnavă cu astm bronşic. Am spus redescoperite, întrucît proprietăţile antiastmatice ale oului de prepeliţă fuseseră, cu mii de ani în urmă, cunoscute de vechii chinezi. Ei foloseau pentru tratamentul „bolii gurii deschise şi a umerilor ridicaţi" (astmul bronşic de azi) nu numai acupunctură, ci şi ouă de prepeliţă. Denumirea de mai sus nu era altceva decît o descriere, foarte pe scurt, a atitudinii pe care bolnavul de astm bronşic o adoptă în timpul crizei.

Tratamentul astmului bronşic cu ouă de prepeliţă a fost adoptat de către medicul francez J.C. Truffier, metoda sa fiind preluată de colegii săi în Franţa şi din alte ţări. În lucrările sale, Truffier comunică bune rezultate la peste 60% din cei 10 000 de bolnavi trataţi de-a lungul a 20 de ani.

Numeroase laboratoare din Franţa, S.U.A., Japonia, U.R.S.S. etc. au ca temă de cercetare depistarea factorului activ antialergic al oului de prepeliţă. Cercetătorul francez J. Benveniste a pus la punct o analiză de laborator, cu ajutorul căreia se poate dovedi proprietatea antialergică a oului de prepeliţă. El susţine că substanţa activă antialergică a oului de prepeliţă scade cantitatea de imunoglobuline E. Acestea sînt anticorpi speciali, care se găsesc într-un procent foarte mare în sîngele bolnavilor alergici. El declanşează reacţia alergică, tradusă la nivelul pielii prin urticarie şi edem Quincke, iar la acel al bronhiilor, prin crize de asfixie (crize de astm bronşic).

De menţionat că pînă în prezent n-au fost semnalate fenomene alergice după ingerarea oului de prepeliţă. Dacă factorul activ n-a fost încă descoperit, s-a aflat în schimb care este compoziţia oului de prepeliţă. El conţine, în comparaţie cu oul de găină, de 5 ori mai mult fosfor, de 7,5 ori mai mult fier, de 6 ori mai multă vitamină B_1, de 15 ori mai multă vitamină B_2. Mai trebuie spus că oul de prepeliţă este de 5 ori mai mic, în greutate, decît cel de găină.

După ce dr. J.C. Truffier mi-a pus la dispoziţie metoda sa de tratament, eu am aplicat-o, de-a lungul a 5 ani, la peste 250 de bolnavi alergici, marea majoritate fiind cu astm bronşic. Înainte de a expune, pe larg, tehnica acestui tratament, trebuie spus că oul de prepeliţă s-a dovedit eficace la bolnavii cu astm bronşic alergic pur, de dată recentă, mai ales la copii şi tineri. La peste 70% din bolnavi s-a reuşit rărirea crizelor, în unele cazuri pînă la un an, un an şi jumătate. Pentru cei interesaţi, iată modul de administrare a oului de prepeliţă, atît la bolnavii cu astm bronşic, cît şi la cei cu rinită alergică.

Ouăle se mănîncă crude, dimineaţa, pe nemîncate, neamestecate cu vreun alt ali-

ment. Dacă ele nu sînt bine tolerate, se admite amestecul cu puțină brînză proaspătă de vaci, nesărată, sau cu suc de fructe. Nu trebuie uitat, însă, că cele mai bune rezultate se obțin numai cu ouăle crude, simple. Pe toată perioada tratamentului sînt interzise băuturile alcoolice și se vor evita preparatele cu corticosteroizi, dacă medicul curant o va îngădui.

După ingerarea ouălor, nu se va mînca nimic timp de 4—5 ore. De dorit, pînă la masa de prînz, care nu trebuie să conțină alimente fierbinți. Masa de seară va fi cea obișnuită. Uneori, în ziua a 5-a sau a 6-a, pot apărea crize de urticarie sau de astm bronșic. Ele vor fi tratate în mod obișnuit, cura de ouă nefiind, în nici un caz, întreruptă.

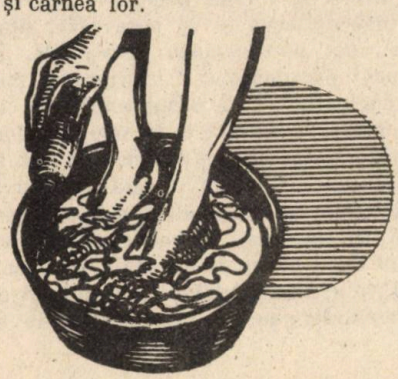
Iată schema de tratament: în primele 3 zile, cîte 2 ouă pe zi; în următoarele 3 zile, cîte 3 ouă pe zi; în următoarele alte 3 zile, cîte 4 ouă pe zi; în următoarele 3 zile, cîte 5 ouă pe zi; în următoarele alte 3 zile, cîte 6 ouă pe zi.

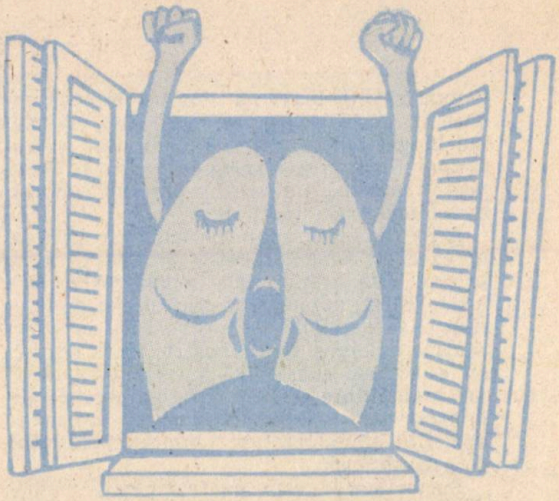
Această schemă nu trebuie socotită fixă, întrucît atunci cînd nu se obțin rezultatele dorite, doza de ouă trebuie mărită. Aceasta, deoarece nu toate ouăle de prepeliță conțin un principiu activ de calitate, el depinzînd, foarte mult, de specia prepeliței, cît și de condițiile ei de creștere, în captivitate alimentația avînd un rol de seamă.

Un bolnav de astm bronșic sau rinită alergică va urma cîte 3—4 cure pe an, cu pauze de 3—4 luni între ele.

Ouăle de prepeliță trebuie să fie cît mai proaspete și niciodată mai vechi de 10 zile, aceasta pentru a fi cît mai eficiente. Ele se vor păstra în frigider, în cel mai de jos compartiment, rezervat zarzavaturilor. Cantitatea ce urmează a fi consumată va fi scoasă cu cîteva ore înainte și ținută la temperatura camerei.

Oul de prepeliță se folosește în foarte multe țări, nu numai pentru astmul bronșic și rinita alergică, dar și pentru alte boli: tulburări de dinamică sexuală, ulcer gastric, diabet zaharat și chiar hipertensiune arterială. Desigur că în toate aceste cazuri, deocamdată, tratamentele sînt empirice. Se spune că faraonii Egiptului antic își conservau virilitatea mîncînd nu numai ouă de prepeliță, ci și carnea lor.





Kinetoterapia este o altă metodă terapeutică nemedicamentoasă utilă în astmul bronșic. Ea se practică în servicii de specialitate, la indicația și sub supravegherea medicului, constînd din exerciții care vizează mai multe obiective: menținerea elasticității pulmonare, creșterea capacității pulmonare, fortificarea mușchiului diafragm, ușurarea eliminării mucozităților, educarea respirației, educarea tușitului, educarea vorbitului etc.

Acest exercițiu, pentru realizarea anumitor obiective menționate mai sus, poate fi executat și la domiciliu.

După ce se toarnă într-o sticlă curată, de un litru, aproximativ 100 cm^3 de apă și se introduce, pînă la fundul ei, un tub de cauciuc lung de 60—80 cm, se suflă pe capătul rămas afară, timp de cîteva secunde, pentru formarea unor bule de aer, în interiorul lichidului. Progresiv, suflatul va crește în intensitate și timp, ajungîndu-se la 20—40 de suflări, într-o singură ședință.

Climatoterapia sau *tratamentul cu factori climatici* este o altă metodă nemedicamentoasă, de care pot beneficia bolnavii de astm bronșic, bineînțeles, cu avizul medicului. Ea constă din: cure de aer, băi de aer, băi de soare, plimbări, jocuri adecvate, odihnă. Toate aceste metode terapeutice pot fi aplicate în următoarele stațiuni: Poiana Brașov, Predeal, Păltiniș, Lacul Roșu, Semenic, Govora, Olănești, Călimănești-Căciulata, Eforie, Mangalia, Neptun etc.

La Slănic-Moldova, Slănic-Prahova, Tîrgu-Ocna și Praid, bolnavii de astm bronșic pot face cure saline. Ele constau din ședere în salină, timp de 4 ore, sub supravegherea medicului. În salină bolnavii fac exerciții respiratorii, se plimbă, se odihnesc sau practică unele jocuri. O cură salină durează 16—21 de zile.

În timpul celui de al doilea război mondial, bolnavii de astm bronșic din Germania, care se adăposteau în grote, în timpul bombardamentelor aeriene, au observat că fac crize mult mai ușoare și chiar deloc. De atunci

nenumărați bolnavi au adoptat metoda șederii în grote amenajate, un timp cît mai îndelungat. Noua metodă, denumită *speleoterapie* (în l. greacă *spelaion* = grotă; *therapeia* = lecuire), a devenit o practică curentă, în tot mai multe țări.

Aerul din grote, spun specialiștii, constituie un excelent remediu pentru bolnavii de astm bronșic, din următoarele considerente: este foarte curat, neconținînd nici un fel de substanțe susceptibile de provocarea crizelor; conține numeroși ioni de calciu, care, se știe, au o acțiune spasmolitică; este bactericid; are o umiditate scăzută, ceea ce permite eliminarea unei cantități crescute de vapori de apă, din abundență, în plămînii bolnavilor de astm bronșic.

Speleoterapia este contraindicată bolnavilor de astm bronșic suferinzi și de insuficiență cardiacă sau hipertensiune arterială.

Rezultate bune și chiar foarte bune mai pot fi obținute cu ajutorul *acupuncturii*, *homeopatiei*, *oligomineralopiei*, *vertebroterapiei* și *hipnozei*, cu condiția ca ele să fie practicate numai de specialiști competenți.

Dr. SABIN IVAN
Sanatoriul Balnear Eforie Nord

SUFERINȚELE BUCO-MAXILO-FACIALE ALE DIABETICULUI

Pe lîngă diversele tulburări prezente în diabet, în sfera buco-maxilo-facială apar, de asemenea, o serie de îmbolnăviri de mare importanță pentru starea generală a suferindului, cu atît mai mult cu cît ele apar mai des și, în multe cazuri, pot constitui un semn de început al bolii în sine.

În primul rînd sînt evidente *gingivitele*, adică acele inflamații ale gingiilor, însoțite de sîngerarea la periaj. Cu timpul sîngerarea se accentuează, apărînd în timpul masticației, la început la alimente dure, apoi chiar și la alimente moi și, într-o fază mai avansată, sîngerările devin spontane. Dacă nu este efectuată o igienă corectă, dacă nu se îndepărtează tartrul dentar, care irită gingia, dacă nu sînt îndepărtați ceilalți factori de iritație gingivală — plombe incorecte, carii netratate, resturi din rădăcini dentare, coroane incorecte, lucrări defecte — gingivita se permanentizează și se agravează, dînd naștere unei *parodontopatii marginale*. În cazul unei parodontopatii marginale, mucoasa gingivală va fi în permanență de o culoare roșietică, sîngerînd la cel mai mic efort masticator, sau, cum aminteam mai sus, în mod spontan. Parodonțiul lasă descoperit gîtul dintelui, care în mod normal este acoperit și, în acest caz, el va deveni sensibil la agenți fizici de tipul rece-cald și la agenți chimici, în special la dulce. Concomitent cu cele semnalate, gingia se îndepărtează de pe

dinte, formîndu-se astfel pungi gingivale, care se adîncesc treptat şi în care se adună o secreţie purulentă, adăpostindu-se, deopotrivă, resturi alimentare, cu atît mai mult cu cît igiena este defectuoasă. Marginile libere gingivale se prezintă umflate, congestionate, ceea ce explică sîngerarea extrem de uşoară, chiar la traumatisme neînsemnate.

În paralel, există şi o atrofie a osului alveolar şi, concomitent, a lăcaşului dintelui, producîndu-se o demineralizare accentuată a cementului care îmbracă rădăcina dintelui. Aceste fenomene inflamatorii — pe de o parte ale gingiei şi de altă parte ale osului — sînt nu numai foarte rapide pe terenul diabetic, dar şi extrem de periculoase în privinţa integrităţii aparatului dento-maxilar. Trebuie să subliniem că în cadrul îmbolnăvirii diabetice există o predispoziţie de modificare vasculară, avînd răsunet şi la nivelul vaselor gingivale, la care se asociază o perturbare metabolică importantă, cu o mare receptivitate faţă de infecţii; pungile gingivale se pot infecta şi vor forma abcese parodontale, provocînd mari suferinţe.

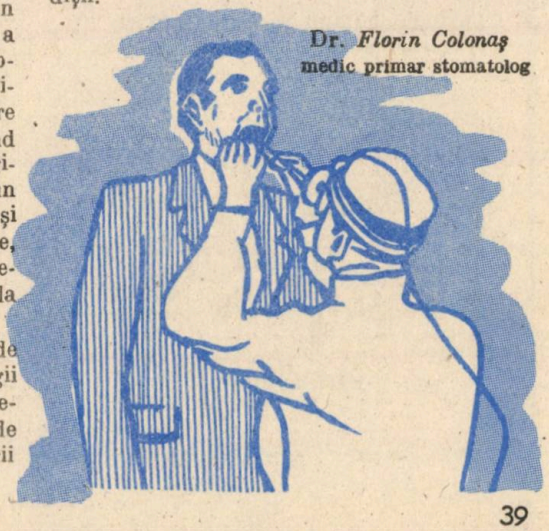
Datorită acestor modificări importante ale mucoasei ţesutului de susţinere şi osului alveolar, la diabetici dinţii se mobilizează, uneori expulzîndu-se în timpul masticaţiei. Diabeticii pot pierde astfel dinţii nu prin carii, ci prin parodontopatii, dinţii fiind de foarte multe ori indemni de leziuni dentare. O consecinţă a pierderii totale a dinţilor prin parodontopatie este atrofierea *crestei dentare*, care va crea mari probleme, în special cea de pe maxilarul inferior, atît medicului stomatolog în amprentarea şi confecţionarea unei proteze corecte, cît şi pacientului, care o va purta greu şi se va acomoda dificil cu ea. În cadrul diabetului, există şi o secreţie redusă de salivă, ceea ce va atrage după sine şi o uscăciune marcată a gurii. În multe cazuri, poate apărea şi o inflamaţie a glandelor salivare, în special a celor submaxilare. Uscăciunea gurii va duce la o diminuare a autocurăţirii şi, deci, la o creştere a depunerii pietrei pe dinţi care, continuînd cercul vicios, va antrena inflamaţia gingivală. Concrementele vor fi nu numai un spin iritativ pentru gingie, ci vor reţine şi resturi alimentare, care se vor descompune, dînd un miros neplăcut, pe care gura diabeticului îl emană, de foarte multe ori, în ciuda unui periaj efectuat corect.

Se pot întîlni frecvent infecţii retrograde ale vîrfului rădăcinii, prin intermediul pungii gingivale, dintele neavînd nici un fel de leziune carioasă. În acest caz este vorba de germeni microbieni ce trec din fundul pungii la vîrful rădăcinii şi apoi în camera pulpară, infectînd-o.

Sigur, în cazul unui diabetic, mai ales a unui om tînăr, nu trebuie să neglijăm nici un moment problema psihologică a pierderii dinţilor, care va antrena după sine şi o serie de complexe de inferioritate în relaţiile sale sociale. Un sfat, care nu este de minimă importanţă, în legătură cu extracţia dentară la diabetici: cel suferind va trebui să atragă atenţia medicului în legătură cu boala sa, să-l informeze asupra medicaţiei şi să-i prezinte valoarea analizelor sale, privind glicemia şi glicozuria. După extracţie el trebuie atent supravegheat, fiind necesară respectarea indicaţiilor postextracţionale şi un control stomatologic atent, în ziua următoare şi în zilele care urmează, dacă medicul consideră necesar, pentru a se urmări evoluţia plăgii, care se ştie că în această maladie are o perioadă de vindecare mai lungă.

Îngrijirea dinţilor, controlul stomatologic, igiena atentă buco-dentară reprezintă elemente de o covîrşitoare importanţă în menţinerea stării de sănătate buco-dentară şi generală a unui asemenea suferind, scutindu-l de neplăceri şi lăsîndu-l să-şi desfăşoare activitatea de zi cu zi, în cele mai bune condiţii.

Dr. *Florin Colonaş*
medic primar stomatolog



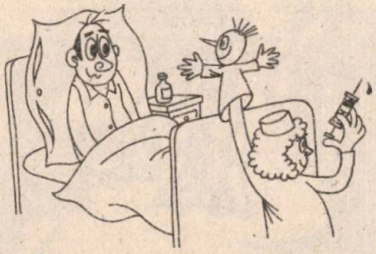
MÎINILE

Mîini
Deasupra primului strigăt.
Paveze mari,
Mîini semănînd cu oricare alte,
Mîinile doctorului
Pentru al vieții freamăt
luptînd.
Mîini de mîngîiere,
Deasupra ultimului geamăt.
Înainte de liniște,
Mîinile doctorului
Binecuvîntate...

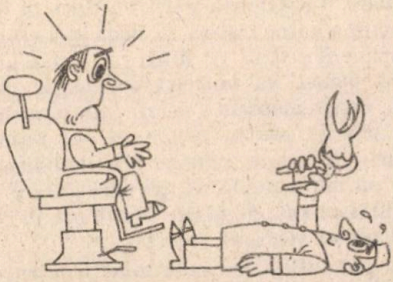
ELENA LEONORA FRUGINĂ

Auzisem că plimbarea prin pădure are efect curativ!!...

Fără cuvinte



Fără cuvinte



Fără cuvinte

Desene de NIC NICOLAESCU

Un milenar aliment și medicament

MIEREA

Produs natural unanim apreciat • Un variat amestec de substanțe complexe • Aliment bogat în elemente necesare organismului uman • Cîtă miere să mîncăm? • Medicament eficient într-o multitudine de afecțiuni • Cîteva noi produse apiterapice românești pe bază de miere

Dacă momentul în care mierea a intrat în alimentația omului nu se poate stabili cu exactitate — deși cercetătorii afirmă că ea a fost singurul aliment dulce concentrat folosit încă din epoca neolitică —; în schimb se poate aprecia, ca un fapt cert, că din primul moment al consumării lui, acest lichid vîscos, cu gust și aromă aparte, a fost considerat de oameni un aliment de excepție. Aprecierile deosebite de care s-a bucurat în lumea antică, atît pentru calitățile sale nutritive, cît și pentru efectele terapeutice, se reflectă și în considerația ce i se acorda atunci de a fi „simbol al fecundității, bogăției și prosperității". De asemenea, numeroase sînt dovezile scrise ce conțin referiri la folosirea mierii în terapeutică. De exemplu, pe o plăcuță de argilă, datînd din jurul anului 2000 î.e.n., găsită în localitatea irakiană Nipur, considerată între cele mai vechi documente de literatură medicală descoperite pînă în prezent, se recomandă folosirea în terapeutică a apei cu miere; în cel mai vechi papirus egiptean, care cuprinde precepte referitoare la îngrijirea sănătății, descoperit de Georg Ebers, se spune: „Folosește-o, căci mierea este într-adevăr foarte bună", iar „Jadjur Veda", cel mai vechi document de medicină hindusă, conține un regim indicat în prelungirea vieții, regim care constă în miere și lapte.

La rîndul său Hipocrate, fondatorul medicinii în Grecia antică, prescrie mierea ca pe un elixir de viață lungă, dar și în tratamentul plăgilor, arsurilor și al altor numeroase boli, iar filozoful Democrit explică astfel secretul longevității sale: „M-am uns cu ulei și m-am hrănit cu miere". Romanii considerau că acest produs al stupului este eficient, în stare pură, în tratarea a numeroase afecțiuni (ale gîtului, aparatelor respirator și digestiv, ale pielii), dar și în tratamentul plăgilor și chiar al unor tulburări somatice. Este plăcut să alăturăm acestor mărturii asupra vechimii folosirii mierii de către popoarele lumii antice și pe cele referitoare la strămoșii noștri, dacii. Foarte apreciați apicultori și comercianți de miere și ceară, îndeosebi de către greci, dacii, după cum menționează Ptolomeu în lucrarea „Geographya", erau „obișnuiți cu mierea și cu laptele", elemente pe care le considerau necesare asigurării unui trai bun. Totodată foloseau mierea și la prepararea miedului, băutură admisă după ce marele preot Deceneu a hotărît să se distrugă plantațiile de viță de vie. Consumul miedului s-a continuat și de către dacii romanizați, de protoromânii din perioada de trecere la feudalism și mai tîrziu de moldoveni, după cum arăta călătorul italian Antonio Maria Graziani, în 1564: „Folosesc mult miedul, ca unii ce au miere multă".

Pe măsura trecerii timpului, a dezvoltării științelor și tehnicii, acest produs dulce, realizat de albine prin colectarea nectarului (floral și extrafloral) sau a manei (suc scurs din frunze, în urma înțepăturii acestora de niște purici ai plantelor), ambele transformate de ele cu ajutorul unei secreții particulare, numită *invertină*, prezentă în gușa lor, este depus în faguri, unde se continuă procesul de prelucrare.

Despre acest „produs vegetal — dar și animal — ce nu are similar în natură", bogat în numeroase elemente necesare organismului uman, elemente care îi conferă proprietăți nutritive și vindecătoare, ne propunem să vă prezentăm o succintă dar cuprinzătoare „biografie".

* * *

Acest produs vîscos și dulce, datorită zaharurilor diverse pe care le conține — între care *levuloza*, *zaharoza*, *glucoza*, *maltoza* ș.a. —, este în fond un amestec variat de substanțe organice deosebit de complexe (peste 70 descoperite pînă în prezent), de apă (pînă la 20%), oligoelemente, numeroase săruri minerale, acizi aminați și organici, de vitamine, proteine (între 0,20 și 1,80%), aproximativ 50 de substanțe aromatice și hormoni. Mierea conține, de asemenea, un principiu colinergic (analog acetilcolinei), un principiu oestrogen și *inhibină*, care are o acțiune antibiotică.

Albina transformă zaharoza din nectar în glucoză şi levuloză — zaharuri cu o structură mai simplă — cu ajutorul unei diastaze, menţionată mai sus, numită *invertină*, care permite organismului uman să le asimileze fără dificultate, iar acestea să treacă direct în sînge, constituind astfel o sursă importantă şi rapidă de energie. De reţinut că cel mai bogat conţinut în glucoză îl are mierea din flori de lucernă (36,85%), iar cel mai mare conţinut în fructoză (42%), mierea de salcîm. Deşi este un lichid vîscos, mierea poate cristaliza parţial sau total. Cel mai repede cristalizează sortimentele în care predomină glucoza, cum sînt cele din flori de tei, de rapiţă, floarea-soarelui şi mierea polifloră.

Oligoelementele minerale pe care le conţine mierea provin din seva plantelor ale căror flori sînt vizitate de albine, ele fiind numeroase şi în proporţii diferite, în funcţie de nectar (cea mai bogată în oligoelemente este mierea din flori de pădure), iar nectarul, la rîndul său, diferă în raport de resursele minerale ale solului pe care cresc respectivele plante. În medie, 1 kg de miere conţine 206 mg potasiu, 49 mg de calciu, 35 mg de fosfor, 22 mg de siliciu, 11 mg de magneziu, 2,40 mg de fier şi alte oligoelemente absolut necesare organismului uman.

În ceea ce priveşte vitaminele existente în miere — excelent mediu de conservare a vitaminelor timp îndelungat —, deşi sînt în cantităţi mai mici decît în alte produse naturale, prin gama lor largă fac ca mierea să constituie o sursă valoroasă pentru organismul uman. De exemplu, 1 kg de miere conţine între 2 000 şi 6 500 mg de vitamină C, între 176 şi 480 mg de vitamină B_6, între 38 şi 145 mg de vitamină B_2, între 40 şi 96 mg de vitamină PP, vitamină K 25 mg, între 2 şi 9 mg de vitamină B_1, iar în cantităţi mai mici, vitaminele B_{12}, H, A, D, E, toate variind în funcţie de florile din al căror nectar provine mierea, cele mai bogate fiind sortimentele de miere din flori de lucernă, levănţică, salvie, cimbrişor şi rozmarin.

După florile din care provine, mierea se clasifică în *poliflorală* (de flori de munte, de fîneaţă şi de deltă) şi *monoflorală* (de flori de tei, salcîm, mentă, floarea-soarelui, salcie, trifoi, hrişcă, zmeură, sulfină, brad, arţar, stejar, şi chiar de... ridichi şi muştar). Dar numărul sortimentelor este cu mult mai mare şi, deşi necunoscătorii consideră că mierea are culoarea galbenă, totuşi fiecare sortiment are o culoare aparte, în funcţie de felul nectarului. De exemplu, majoritatea sortimentelor din Franţa au culoarea galben-pal sau roşietică, dar mierea din Madagascar are culoarea verde.

* * *

Din punct de vedere nutriţional mierea este un desert delicios, bogat în elemente necesare dezvoltării şi refacerii organismului, precum şi asigurării energiei de care are nevoie, contribuind la creşterea hemoglobinei din sînge şi la sporirea rezistenţei vaselor sanguine. Totodată are o mare putere calorică (1 kg de miere asigură organismului între 2 700 şi 4 000 de calorii) şi nutritivă, aceeaşi cantitate de miere echivalînd cu puterea calorică asigurată de unul din următoarele alimente: 50 de ouă, 40 de portocale, 16 kg de roşii, 14 kg de cartofi, 7 kg de morcovi sau aproape 6 litri de lapte. În ceea ce priveşte procentul în care este asimilată de organism (98%), mierea ocupă primul loc, urmată de carne (95%), ouă (92%), lapte (91%), pîine albă şi cartofi (89%). Totodată mierea se situează între alimentele indicate tuturor grupelor de vîrstă, atît oamenilor sănătoşi, cît şi suferinzilor, datorită numeroaselor sale proprietăţi, între care: nu irită mucoasa stomacului, este suportată de rinichi, este un aliment „ales" pentru inimă, este asimilată uşor, fără să supună organismul la efort şi, în plus, contribuie la menţinerea capacităţii energetice a organismului, a rezervelor minerale şi de vitamine ale acestuia. Datorită acestor proprietăţi, mierea este unul din alimentele permanent prezente în meniurile sportivilor, contribuind la creşterea capacităţii de rezistenţă la efort a organismului, la recuperarea rapidă a forţelor şi la favorizarea efectuării unor eforturi repetate şi prelungite.

Îndulcitor natural mai uşor digerabil decît zahărul, mai gustos şi mai bogat în hidraţi de carbon decît acesta, mierea este foarte bine suportată de majoritatea copiilor încă din primele luni de viaţă. Preluînd o veche practică a femeilor spaniole de a picura

puțină miere în gura nou-născuților de ficcare dată cînd sînt puși la sîn, medicii pediatri spanioli, pe baza cercetărilor efectuate, recomandă mamelor care își hrănesc artificial copiii să adauge în biberonul cu lapte puțină miere, argumentînd că aceasta contribuie la buna lor dezvoltare fizică, le produce o adormire ușoară și un somn profund, precum și laxație. Un experiment efectuat în S.U.A. pe un lot de copii prematuri, timp de 6 luni, constînd în administrarea acestia a două linguriță de miere pe zi, a dat rezultate notabile: toți au crescut în greutate, procentul hemoglobinei din sînge s-a majorat cu 8,5%, nici unul dintre copii nu a făcut vreo boală digestivă în această perioadă, iar cei care înainte nu suportau zahărul au consumat mierea cu plăcere, dezvoltîndu-se foarte bine.

Pentru a-și menține proprietățile nutritive, mierea trebuie păstrată în vase de sticlă de culoare închisă, de ceramică sau de metal, smălțuite, neciobite, întrucît ea atacă metalele cu care intră în reacție, modificîndu-și compoziția. Astfel de modificări se produc și sub acțiunea luminii, a căldurii și umidității. Expusă la aer, mierea pierde din substanțele volatile (arome, eteri), este influențată de mirosuri străine, de impuritățile din atmosferă sau radiații ionizante.

Și acum vă oferim o veche rețetă albaneză de preparare a unui „dulce" cu acțiune fortifiantă, indicat și cardiacilor. La 150 g de miere în stare lichidă se adaugă o lămîie mare, dată prin mașina de tocat carne, cu coajă cu tot. Se omogenizează amestecul și se pune la frigider. Se ia dimineața, pe stomacul gol, cîte o linguriță.

În încheierea acestor date referitoare la utilizarea mierii în alimentație, am rugat pe tovarășul conf. dr. Constantin Dumitrescu, de la Clinica de nutriție a I.M.F. București, să ne precizeze: cîtă miere se poate consuma zilnic, ce consecințe are abuzul de miere și cine trebuie să evite consumul mierii.

«Mierea este considerată un „dulce" concentrat, întrucît conține 80% glucide concentrate (glucoză și zaharoză). În ceea ce privește glucidele concentrate, ele nu trebuie să depășească 10% din valoarea calorică a rației glucidice zilnice, principiu ce se aplică la toate grupele de vîrstă. De exemplu, un individ care consumă zilnic 2 000 calorii (cazul copiilor și vîrstnicilor) va primi 1 000 calorii din glucide, 10% dintre acestea (adică 100 calorii) fiind asigurate de glucide concentrate, deci miere. Ținînd seamă că 100 calorii sînt asigurate de 25 g miere, rezultă cantitatea pe care o poată consuma un copil sau un vîrstnic. În ceea ce privește adultul activ, care consumă zilnic 3 000—3 500 calorii (în funcție de munca depusă), el va primi 1 500—1 750 calorii din glucide și 150—175 calorii din glucide concentrate, deci între 40 și 45 g de miere. Desigur că între zahăr și miere este de preferat să se consume aceasta din urmă, întrucît conține enzime, vitamine și alți factori citoprotectori. De aceea este preferabil ca, indiferent vîrsta individului, să se asigure glucidele concentrate din miere și, dacă este posibil, să fie folosită la îndulcit laptele, ceaiul și chiar unele prăjituri de casă, cum este turta dulce.

«Abuzul de miere trebuie evitat, deoarece poate avea consecințe periculoase, cum sînt: creșterea în greutate, tulburările de comportament alimentar (mai ales la copii) și tulburările de glicoreglare, care pot merge pînă la apariția diabetului zaharat (cînd există și alte cauze). De aici interzicerea consumului de miere tuturor celor a căror greutate depășește valoarea normală corespunzătoare sexului, vîrstei și stării fiziologice».

* * *

În ceea ce privește efectele terapeutice ale mierii, acestea sînt determinate de principiile active pe care le conțin florile din care albinele au cules nectarul. Astfel, mierea de tei, de salcîm și cea polifloră au o acțiune neurosedativă și antiseptică, fiind indicată în combaterea tusei, în bronșite și în combaterea insomniilor. Mierea de mentă are o acțiune ușor analgezică și carminativă (ușurînd digestia și prevenind balonările), dar și tonic-antispastică (cu efecte pozitive în diskinezii biliare și în afecțiuni gastrointestinale). Mierea de trifoi are efecte diuretice, antidiareice și expectorante, mierea de conifere are o acțiune antiinflamatorie asupra căilor respiratorii și urinare, dar și diuretice, iar mierea de stejar și de frasin, în afara unei marcate acțiuni laxative, calmează și durerile de intestine.

Mierea are complexe efecte terapeutice, fiind utilizată cu bune rezultate în numeroase afecțiuni. De exemplu, gastroenterologii sovietici au obținut rezultate spectaculoase în tratarea ulcerului la un grup de suferinzi între 30 și 55 de ani. După 10 zile de tratament, 20 dintre ei nu au mai acuzat dureri, iar 9 au afirmat că acestea s-au atenuat simțitor. Examenul radiologic, efectuat pacienților care nu mai aveau dureri, a confirmat dispariția completă a ulcerației la 7 dintre ei, reducerea în mare parte a acesteia la 6 și parțială la alți 7.

Datorită acțiunii laxative exercitată de miere, aceasta este recomandată sedentarilor, vîrstnicilor și suferinzilor de constipație, iar apa îndulcită cu miere are efecte pozitive asupra florei intestinale și chiar în diaree. De asemenea, este recomandată în dieta foștilor suferinzi de hepatită, întrucît exercită o acțiune de protecție asupra celulei hepatice. O linguriță de miere și un pahar cu apă caldă, luate seara înainte de culcare, au numeroase efecte pozitive (în combaterea constipației, dar și a insomniei), fără ca ingerarea apei să creeze necesitatea urinării în cursul nopții, deoarece mierea este higroscopică.

SALCÎM

TEI

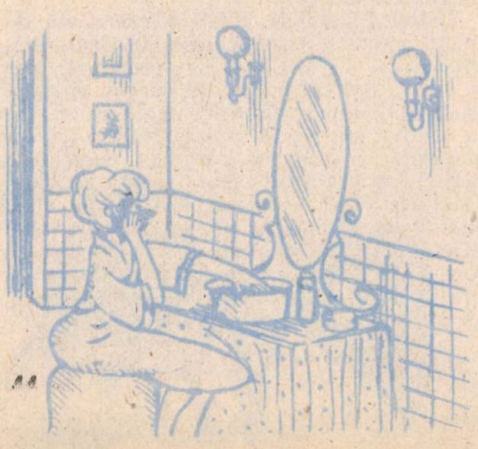
TRIFOI

Acţiunea pozitivă pe care acest produs apicol o exercită asupra inimii este menţionată de numeroşi cardiologi. Astfel, cardiologii elveţieni Schiermert şi Metz consideră că mierea este utilă celor cu aritmii extrasistolice şi cu insuficienţă coronariană, constatîndu-se ameliorări în starea lor. Totodată se apreciază că mierea are şi o acţiune sedativă asupra durerilor cardiace şi contribuie la scăderea valorilor tensiunii arteriale mărite în urma unui stres.

Rezultate bune a dat aerosoloterapia cu miere în forme de bronşită cronică secretorie şi astmatiformă. Metoda de tratament, iniţiată de un grup de specialişti români (medicii V. Bejan, C. Caraman, I. Humiţă şi dr. farm. N. Oiţă) a fost aplicată la 60 de suferinzi între 36 şi 62 de ani, care urmaseră diferite tratamente, şi a dat rezultate încurajatoare. Metoda s-a aplicat între 12 şi 20 de zile şi a constat în o şedinţă pe zi de aerosoli cu miere diluată (iniţial în ser fiziologic şi ulterior în apă distilată). La încheierea tratamentului s-au constatat ameliorări importante la 24 dintre subiecţi, iar la 20 ameliorări moderate. La un control efectuat după 3 luni, aceste ameliorări se menţineau la 60% dintre ei.

O largă întrebuinţare cunoaşte mierea şi în afecţiunile dermatologice, rezultate bune înregistrîndu-se de către dermatologii vestgermani Zeiss şi Krunitz, în tratarea suprafeţelor arse şi a furunculelor (după incizarea acestora), mierea provocînd o exsudaţie foarte abundentă, o eliminare importantă de puroi, o asanare rapidă a ţesuturilor şi o vindecare în scurt timp. De asemenea, dermatologii englezi au obţinut bune rezultate în tratarea ulcerelor varicoase cu miere, aceasta prezentînd avantajul faţă de pomezile şi unguentele de sinteză că nu aderă puternic la epidermă, precum şi în formele incipiente de prurit anal, în acest ultim caz tratamentele cu miere (îndeosebi cu cea din flori de rozmarin) contribuind la dispariţia senzaţiei de mîncărime, după 2—3 utilizări.

Încheiem aceste cîteva date referitoare la utilizarea mierii în scopuri terapeutice cu cîteva referiri la efectele sale benefice în cosmetică, efecte cunoscute, dealtfel, din antichitate, cînd mierea diluată în lapte constituia o loţiune larg întrebuinţată de către femeile din protipendadă.



Dar astăzi, cînd industria cosmetică cunoaşte o continuă dezvoltare, în ce scopuri este folosită mierea şi sub ce forme? Am adresat aceste întrebări tovarăşei Mariana Dumitrescu, cosmeticiană la cabinetul de cosmeticoterapie de la Policlinica de Apiterapie din Capitală, a Institutului de Cercetări şi Producţie Apicolă.

«Mierea în stare fluidă se foloseşte, ca atare sau în compoziţia unor măşti cosmetice, datorită aportului ei de vitamine şi de săruri minerale, precum şi conţinutului ei redus în apă. De aceste proprietăţi ale mierii pot beneficia tenurile îmbătrînite, deshidratate, alergice, grase (dar fără acnee), cele normale, dar mai ales tenurile mixte (la care pielea de pe axul facial şi al şanţului nazolabial, este grasă). Măştile cu miere se aplică, asemenea tuturor măştilor, pe faţă, gît, pînă la decolteu, în aceste ultime două zone avînd un rol important în întreţinerea pielii, aici aceasta fanîndu-se îndeosebi. Folosite în toate tipurile de ten (cu excepţia celor cu acnee suprainfectată), măştile care conţin miere regenerează şi hidratează tenul, iar datorită acţiunii emoliente pe care o exercită acest produs al stupului asupra epidermei şi a substanţelor active pe care le conţine, ele asigură tenului o bună întreţinere. Dealtfel, utilizarea măştilor pe bază de miere este foarte veche şi în ţara noastră, o reţetă „de pe timpul bunicelor“ fiind folosită şi astăzi (ea se prepară din: o linguriţă de miere, un gălbenuş de ou şi 2—3 picături de ulei din floarea-soarelui). Totodată mierea intră în compoziţia multor produse cosmetice realizate din produse apicole; între acestea menţionez crema şi demachiantul „Floramin“ (numai cu miere), cremele „Apidermin“, „Antirid“ şi „Tenapin“, existente în magazinele de specialitate, în cele cu produse apicole şi la punctul farmaceutic din cadrul policlinicii noastre. De asemenea, amintesc loţiunile tonice realizate din infuzii de plante, miere şi foarte puţin alcool, care sînt indicate tuturor tipurilor de ten. Un loc important ocupă mierea şi în tratamentele cosmetice aplicate după vindecarea acneei, în scopul

refacerii tenului. La toate aceste utilizări să adăugăm acțiunea exercitată de miere „de la distanță" asupra tenului, ca urmare a efectului ei laxativ, normalizării tractului digestiv și eliminării toxinelor, care contribuie la menținerea prospețimii feței».

* * *

Și acum vă prezentăm date asupra unor produse terapeutice în compoziția cărora intră mierea, produse realizate de Institutul de Cercetări și Producție Apicolă din țara noastră.

• **Melcalcin** (granule): are acțiune stimulentă și de regenerare a sistemului nervos. Ajută la calcifierea oaselor copiilor în perioada de creștere și grăbește vindecarea fracturilor. Este indicat în hipocalcemii constituționale, spasmofilie, tetanie și insuficiență paratiroidiană.

• **Energin** (pastă): are o importantă acțiune energetică datorită glucidelor din miere, care sînt asimilate rapid, precum și rol regenerator și biostimulator (datorită polenului din formula sa). Este indicat în astenii, afecțiuni hepatice și tulburări de nutriție.

• **Polenolecitin** (granule): conține miere, polen și lecitină vegetală. Este indicat în surmenaje, anemii, denutriții proteice, convalescențe după hepatită, întîrzieri în dezvoltarea intelectuală la copii.

• **Melpropsept** (miere propolizată): important pentru aportul de vitamine, enzime, săruri minerale și o mare cantitate de monozaharide (existente în miere). În plus, are proprietăți topice și regeneratoare, datorate propolisului. Este un produs fortifiant indicat în stări de oboseală, efort muscular, surmenaj fizic.

• **Meltonin:** este realizat din miere polifloră, lecitină, acid ascorbic și calciu glicerofosforic. Este indicat în: scăderi ale randamentului intelectual (la adolescenți și tineri), stări asteno-nevrotice, ateroscleroză, stări incipiente de întîrzieri în dezvoltarea intelectuală la copii.

• **Melpol:** conține miere polifloră, polen, calciu glicerofosforic și acid ascorbic. Este indicat pentru efectul său tonifiant, în convalescențe, hemoragii de cauze diferite, decalcifieri ale gravidelor, lipsa poftei de mîncare, astenii.

• **Vitas:** este un biostimulator apicol complex. Conține miere, polen, păstură și lăptișor de matcă. Are o acțiune energetică și un rol regenerator și biostimulator asupra organismului.

• **Miprosept** (ovule și supozitoare), pe bază de miere, extract moale de propolis, lanolină și butir de cacao. Are acțiune antihemoroidală.

• **Laximel:** miere polifloră în amestec cu extract fluid din coaja arbustului numit crușin. Este indicat în constipația cronică.

• **Sirop de tuse,** cu miere din flori de tei, natriu benzoic, tinctură de belladona și infuzie de tei. Calmează tusea rebelă și ajută la expectorarea secreților.

• **Propofaringit:** emulsie din propolis, miere de albine și lăptișor de matcă. Este indicat în faringite, avînd efect bacteriostatic și bactericid, precum și de regenerare a epiteliilor afectate.

• **Colmel:** colir cu miere. Are rol decongestiv, calmant și antiseptic, în: afecțiuni inflamatorii ale ochiului, diferite forme conjunctivale, ulcer corneean și arsuri corneene.

În loc de concluzii

Cu toate numeroasele proprietăți nutritive și terapeutice pe care le are mierea, ar fi greșit să considerăm acest produs al stupului, atît de la îndemîna fiecăruia, un adevărat panaceu utilizabil la libera apreciere a fiecăruia. De aceea, propunem cititorilor să rețină cîteva concluzii asupra mierii, care le vor fi utile în folosirea ei rațională.

• Mierea nu este eficientă în orice boală și oricărui bolnav.

• Consumată abuziv poate dăuna și omului deplin sănătos.

• Prezentă permanent în meniu sau în cadrul unei automedicații și întrebuințată în cantități ce cresc progresiv, fără avizul medicului, ea va dăuna organismului.

• Nu orice sortiment de miere este indicat în orice afecțiune, ci numai acela care a fost stabilit de către medicul apiterapeut.

• Mierea este contraindicată suferinzilor de: diabet, hipertiroidie, hiperfuncții hipofizare și suprarenale, obezitate, hipercolesterolemie și hiperlipidemie.

• Deși este folosită cu bune rezultate și în tratamentele cosmetice ale unor tenuri alergice, există și o formă de alergie provocată de miere.

• Contaminată de impurități, datorită unei conservări neglijente sau necorespunzătoare, alterată ca urmare a învechirii sau păstrării în vase metalice care au avut alte întrebuințări sau au fost ruginite, mierea poate deveni un aliment cu acțiune nocivă asupra organismului uman.

N. TURTURESCU

LASER VOIAJOR

O premieră care deschide noi perspective utilizării în medicină a tehnicii laserului: la Institutul de Neurologie din Roma a fost utilizată, pentru efectuarea unei operații pe creier, o rază laser transmisă de la distanță printr-un cablu de fire optice. Instalația emițătoare a razei laser, care a străbătut 400 de metri pînă la sala de operație, se afla într-unul din laboratoarele Centrului Politehnic. Emiterea unor radiații de lumini coerente, la o asemenea distanță, deschide de fapt noi posibilități de utilizare, nu numai în medicină, ci și într-o serie de domenii ale industriei.

PENTRU EVITAREA BISTURIULUI

Un medic chinez afirmă că a reușit să găsească un mijloc de eliminare a pietrelor din vezicula biliară, care va permite evitarea recurgerii la operații grele și medicamente costisitoare. Pentru înlăturarea pietrelor el acționează prin acupunctură asupra unei anumite zone a urechii. Pentru mai multă precizie el folosește boabe de cereale lipite pe locul respectiv.

PANSAMENT ELECTRIC

Pentru scurtarea timpului de vindecare a rănilor, bioinginerii canadieni au inventat un pansament electric. Eficacitatea acestuia se bazează pe faptul că unii curenți de înaltă frecvență stimulează formarea în organism a colagenului, care ajută la vindecarea rănilor. Deosebirea dintre pansamentul obișnuit și cel electric constă în faptul că în cazul celui din urmă sînt utilizați electrozi fini, care se fixează pe rană. Ei sînt legați de un generator de curent de înaltă frecvență. Tratamentul este rapid și nedureros, iar respectivele cicatrice trec aproape neobservate.

CONCLUZII

Cercetînd în detaliu firul de păr, o echipă de specialiști canadieni a ajuns la concluzii spectaculoase. Bolnavii de diabet, de exemplu, au un conținut de crom în păr mult mai scăzut decît oamenii sănătoși; la bolnavii de schizofrenie conținutul de fier și plumb din păr este foarte ridicat, iar cel de cadmiu și mangan foarte scăzut. Părul locuitorilor orașelor conține mai mult plumb decît al celor din mediul rural, iar al pescarilor, un procentaj peste normal de mercur. Persoanele cu un indice de inteligență ridicat au în păr concentrații mai mari de zinc și cupru și mai scăzute de cadmiu, iod și plumb.

IMUNIZARE LA BRONȘITĂ

Recent, oameni de știință din Australia au realizat un medicament deosebit de eficace împotriva bronșitei. Acest nou medicament stimulează anumite celule din organism să producă anticorpi, care asigură o imunizare a individului împotriva bronșitei.

ACUPUNCTURĂ

Un specialist în acupunctură din China a descoperit, după 25 de ani de cercetări, 79 de puncte, sensibile la acele sale, în cavitatea bucală a pacienților. În prezent el se află la Beijing, pentru o demonstrație a acestei tehnici și îngrijește zi de zi 40—50 de persoane suferinde de diferite maladii, de la hipertensiune, pînă la simple entorse. Liu Jinghong afirmă că noua sa tehnică este mai puțin dureroasă decît acupunctura tradițională practicată pe trup, pe cap, pe mîini și pe urechi. Lucrările sale sînt cunoscute de lumea medicală chineză, relevă „China Daily", și un expert a precizat că această terapie constituie o „deschidere" către noi progrese în acupunctură.

BAZINUL FARMACIEI VERZI

Un pronunțat miros de valeriană îl întîmpină toamna, în satul Wierzchowiska, din voievodatul Kielce, pe orice drumeț sosit aici. Și nu este de mirare, întrucît, practic, toți locuitorii satului se ocupă de cultura odoleanului, plantă a cărei rădăcină servește la prepararea valerianei, medicament folosit în bolile de inimă. De fapt, cultura odoleanului și a altor plante medicinale se transmite din tată în fiu și într-o serie de alte localități din partea de sud-vest a acestui voievodat, supranumit și „Bazinul farmaciei verzi". Un recent studiu arată că bolile cardiovasculare sînt o raritate aici, tocmai datorită faptului că aceste plante influențează favorabil starea sănătății localnicilor.

INEDIT

Viața unui tînăr de 20 de ani, înjunghiat, din localitatea Orlando (Florida), a fost salvată de prezența de spirit a unui chirurg care, constatînd situația, a astupat gaura din inima acestuia cu un deget, în timp ce cu cealaltă mînă îi masa inima, iar personalul ajutător pregătea grupul operator și dispozitivele pentru menținerea victimei în viață. Ulterior, operația s-a desfășurat cu succes, după ce timp de 15 minute degetul chirurgului a astupat gaura din inimă. Chirurgul Meredith Scott a declarat, cînd pericolul trecuse: „Au dreptate cei care spun că, în cele din urmă, cel mai bun instrument chirurgical este mîna omului".

GREUTATEA OPTIMĂ ȘI LONGEVITATEA

Rezultatele unor cercetări efectuate în S.U.A. și în alte țări în anii din urmă, în legătură cu greutatea optimă și longevitatea, sînt demne de interes. După cum a declarat cunoscutul gerontolog american R. Andres, cel mai scăzut indice de mortalitate printre locuitorii Californiei a fost înregistrat la persoanele a căror greutate nu depășește cu 10—20% norma admisă; un fenomen analog a fost observat la un grup de muncitori portuari din San Francisco. S-a constatat că depășirea cu 1/3 a normei admise duce automat la reducerea speranței de viață.

INSECTE

Există pe Terra peste 1,5 milioane specii de insecte, dintre care cele mai multe joacă un rol important în ecosistemul planetar — relevă revista „United Nations Environment Programme". Aproximativ 20% dintre ele sînt direct folositoare omului, în timp ce numai 2% îi sînt direct dăunătoare.

CAZ RAR

De curînd a încetat cea mai lungă stare de comă înregistrată în istoria medicinii. Este vorba de decesul unei locuitoare din Zagreb, care a stat 24 de ani în comă, anunță ziarul iugoslav Vjesnik. Pacienta a suferit în noiembrie 1962, la vîrsta de 26 ani, o operație la vezicula biliară. În momentul în care anestezistul își termina intervenția, inima pacientei s-a oprit. Medicii n-au reușit decît după 10 minute de eforturi să repună inima în mișcare, dar funcțiile creierului au fost afectate și n-au mai putut fi restabilite niciodată. În timpul acestor lungi ani de viață vegetativă, perioadele de somn și veghe s-au succedat cu regularitate, dar nici un semn de cunoștință nu a apărut pe fața pacientei. Aceasta a decedat la vîrsta de 50 de ani.

„ALIAT" AL MATERNITĂȚII

Oameni de știință chinezi au identificat un tip special de proteină care poate fi folosită cu bune rezultate în păstrarea sarcinii la femei, mai ales în cazul apariției unor anticorpi care periclitează viabilitatea fătului în formare. Respectiva proteină a fost extrasă din rădăcina unei plante din familia Cucurbitaceelor, s-a precizat într-o comunicare științifică prezentată de curînd la Shanghai, în cadrul unui simpozion internațional pe tema medicamentelor obținute din plante.

I. MURGAN

ABUZURI CONTEMPORANE

ALCOOLUL

Alcoolul în istoria omenirii

Cînd primul om, pierdut cu totul în negura timpurilor, a lăsat din greşeală cîţiva ciorchini de struguri într-un vas şi peste cîtva timp a gustat din produsul fermentat obţinut, a făcut, de fapt, primul pas, total inconştient, pe calea consumului de alcool.

Pentru că astfel el a descoperit nu atît plăcerea de a bea, cît modificarea, în sens subiectiv pozitiv, a stării sale generale. Folosind acest, totuşi „prim drog", în sensul cel mai general al cuvîntului, el s-a simţit mai bine, mai puternic, mai curajos, gata de a înfrunta primejdiile ce i se iveau la tot pasul.

Şi i-a plăcut atît de mult acest drog, încît s-a ajuns la aproape 100 de milioane consumatori de alcool în 1980 numai în S.U.A., dintre care peste 10 milioane alcoolici.

Iată deci, cum din timpuri imemorabile, omul a cunoscut şi consumat alcool.

Documente dintre cele mai vechi ale Egiptului antic, ale cetăţilor Ninive şi Babilon, atestă deja foarte vechiul consum de alcool. Aceeaşi situaţie şi în China antică, unde de acum trei mii de ani se emitea, poate pentru prima dată, o ordonanţă asupra beţiei.

Peninsula Arabică a fost şi ea leagănul unor mari consumatori de alcool în epoca preislamică, numai apariţia relativ tîrzie a Coranului impunînd abstinenţa. Nu este exclus ca tocmai abuzurile de alcool să fi fost cele care au determinat preceptele prohibitive ale noii religii.

Lumea antică divinizează, la propriu şi la figurat, alcoolul, Dionisos la greci şi Bachus la romani avînd un număr impresionant de adepţi.

Şi dacii aveau o mare „aplicaţie" către beţie, fapt care l-a determinat pe Burebista, ajutat de către Deceneu, să ia una dintre cele mai drastice măsuri de distrugere a viţei de vie. Este de fapt prima mare măsură de prohibiţie a alcoolului din istoria omenirii.

De efectele aparent benefice, dar mai ales malefice ale băuturilor alcoolice, nu au scăpat nici personalităţile şi nici oamenii de rînd ai Evului Mediu, ale căror „ospeţe" au fost dintre cele mai mari şi mai celebre.

Societatea modernă duce la o creştere fantastică a consumului de alcool, alcoolismul constituind azi o problemă cu implicaţii majore bio-psiho-sociale, interesînd la cel mai înalt nivel însăşi umanitatea.

Expansiunea alcoolului

Pe plan mondial se constată, în ultimul timp, o fantastică intensificare a producţiei de alcool şi, aproape în aceeaşi proporţie, a consumului general de alcool. Se poate vorbi de o adevărată expansiune alcoolică mondială, cu cîteva caracteristici:

— *creşterea absolută* (cantitativă). Numai între anii 1969 şi 1974 în Anglia consumul de vin s-a dublat, iar cel de băuturi spirtoase a crescut cu 80%;

— *ubicuitarismul*. Răspîndirea consumului de alcool se face rapid, pe o arie din ce în ce mai largă, cuprinzînd zone cu adevărat neaşteptate: Africa, Oceania, Extremul Orient, Europa luîndu-şi, în continuare, partea leului, în care Franţa, Portugalia, Italia, Spania se situează constant pe primele locuri în ceea ce priveşte consumul de alcool;

— *creşterea concentraţiei alcoolice*. Băuturile sînt din ce în ce mai bogate în conţinutul de alcool; vinul, etichetat în toate lucrările clasice cu 7-9 grade, a ajuns la 11-13 grade, ba chiar şi mai mult; berea, de la 3-4 grade a ajuns la 8-9 grade, iar vechile băuturi tari — whisky, coniac, gin — cuceresc noi poziţii;

— *alcoolismul la femei*. Dacă abuzul de alcool a fost multă vreme un apanaj al bărbaţilor, odată cu lupta pentru egalitatea femeii, aceasta s-a folosit în cel mai înalt grad de dreptul de a fuma şi a bea, ca şi bărbatul. Din punct de vedere psihiatric, lapidara formulare „alcoolismul la femei" a devenit, în ultimii 30-40 de ani, o problemă de sănătate mintală;

— *alcoolismul la tineri*. Alcoolismul, cîndva propriu bărbaţilor maturi şi bătrîni, tinde a deveni şi al tineretului. În S.U.A., statistici cutremurătoare vorbesc de un consum abuziv la peste 50% din copii, băieţi şi fete între 11 şi 13 ani, iar dintre cei zece mii de studenţi din New York unul din 8 reprezintă un băutor problemă;

— *condiţiile social-economice dintre cele mai variate induc o creştere masivă a consumului de alcool*. Dacă în urmă cu peste 100 de ani se vorbea de un „alcoolism al mizeriei", azi se bea în toate clasele sociale, mai mult chiar la cei înstăriţi.

Date farmacologice

Foarte mult timp, băuturile alcoolice au fost considerate alimente, plecîndu-se de la faptul, demonstrat, că un gram de alcool produce 7,1 calorii, aproape cît grăsimile. Această energie însă nu poate fi depozitată de organism în nici un fel, proprietate limitată la 1 gram de alcool pe oră. În general 90 pînă la 98% din alcoolul ingerat se transformă în bioxid de carbon şi apă, cu producere de căldură. Este, dealtfel, un efect extrem de dăunător, în special iarna, pentru cei ce merg prin frig şi zăpadă, care — cuprinşi de o senzaţie subiectivă de căldură — se culcă şi mor de frig prin îngheţ.

Interesant că, la un ficat normal, oxidarea se produce în 6 ore, graţie echipamentului enzimatic complex al acestuia, diferiţii produşi de metabolism rămînînd însă în organism pînă la 15 zile.

Absorbţia alcoolului este rapidă la nivelul stomacului şi intestinului subţire (în jur de 80%). O cantitate relativ mică poate fi absorbită şi printr-un contact prelungit cu mucoasa bucală. La cantităţi egale de alcool, berea produce o concentraţie mai mică de alcool decît whisky-ul.

Absorbţia este, de asemenea, foarte mult influenţată şi de starea de plenitudine gastrică. Concentraţia maximă după o masă copioasă este la jumătatea valorii, la acelaşi grup de subiecţi, indiferent de tipul băuturii, faţă de consumul pe stomacul gol.

După absorbţia predominant digestivă, alcoolul se răspîndeşte în toate ţesuturile şi lichidele organismului.

Eliminarea este preponderentă sub formă de bioxid de carbon, deci respiratorie, şi mai puţin renală.

Ca atare, deci nemodificat, cantitatea eliminată este în jur de 0,5-1% din cea ingerată.

Mirosul puternic al respiraţiei alcoolicilor se datoreşte mai ales altor constituenţi volatili ai băuturii.

Efecte generale

Băuturile alcoolice consumate în cantităţi relativ mari au un efect deosebit de pregnant asupra organismului.

Dar şi la dozele mici, de ordinul a 1-2 sticle de bere sau pahare de vin, considerate aproape insignifiante de majoritatea oamenilor, apar, fără excepţie, efecte generale nebănuit de mari, în special la activităţile mai deosebite, fie ca intensitate, fie ca fineţe. Iată cîteva exemple ce ni se par extrem de sugestive:

— 10-20 grame de alcool scad, în mod semnificativ, precizia vederii şi posibilitatea de a face calcule corecte rapid;

— 200 ml vin de 10 grade, deci un pahar, scad capacitatea de muncă a zeţarilor cu peste 18% şi revenirea integrală la parametrii funcţionali iniţiali este posibilă numai după 48 de ore;

— 2 sticle de bere reduc randamentul unui halterofil cu 8-20% (deci această cantitate produce cele mai scăzute concentraţii sanguine şi aduce, în plus, o contribuţie de 500 calorii);

— 2 sticle de bere consumate de un sportiv înaintea unui concurs de tir au ca urmare scăderea preciziei sale cu circa 1/3;

— la o alcoolemie de 0,5 grame la mie, la conducătorii auto, latenţa trecerii de la accelerare la frînare este de două ori mai mare la aceiaşi indivizi, în afara oricărui consum de alcool.

Iată deci cît de neaşteptat de puternic este efectul unora dintre cele mai banale doze pe care adevăraţii alcoolici nici nu le iau în seamă.

Efecte digestive

Consumul exagerat de alcool are întotdeauna o accentuată repercusiune digestivă, de la gastritele acute la cele cronice, de o mare frecvenţă şi cu mari probleme de diagnostic şi tratament.

O altă consecinţă de mare gravitate este pancreatita acută, afecţiune severă, cu debut brusc şi violent, ce necesită internarea de urgenţă, în vederea unui tratament complex, rămînînd chiar şi în aceste condiţii cu un prognostic extrem de rezervat (cu decese în jur de 20-25%).

Dar marea problemă a suferinţelor digestive este cea legată de ficatul alcoolic, efectul cel mai grav şi, în acelaşi timp, cel mai frecvent al consumului de alcool fiind trecerea de la steatoza hepatică (încărcarea hepatică cu grăsimi) la ciroza hepatică.

O treime din alcoolicii cronici fac ciroză hepatică, iar 3/4 din cirotici sînt alcoolici.

Scăderea extrem de marcată a numărului deceselor prin ciroză în timpul prohibiţiei alcoolului în S.U.A. şi în al doilea război mondial în Europa atestă, prin argumente cifrice impresionant de convingătoare, relaţia cauzală dintre consumul de alcool şi ciroză.

În cazul constituirii unor leziuni gastrice, hepatice, pancreatice şi continuării consumului de alcool apar extrem de frecvent complicaţii de tipul hemoragiilor digestive, rupturi ale varicelor esofagiene, ulceraţii, decompensări ictero-ascitice.

Alcoolul şi tuberculoza

Relaţia dintre consumul de alcool şi tuberculoză îmbracă două aspecte esenţiale: pe de o parte creşterea riscului de îmbolnăviri prin tuberculoză, iar pe de alta agravarea evoluţiei bolii în cazul consumatorilor de alcool.

În aceste condiţii valabilitatea aforismului lui Landouzy „alcoolismul aşterne patul tuberculozei“ este perenă.

În Suedia incidenţa tuberculozei este de 4 ori mai mare la alcoolici decît la cei ce nu consumă alcool. Mai mult decît atît, în diferite ţări — Franţa, Elveţia, Italia — în jur de 80% din cei cu tuberculoză sînt alcoolici.

Acţiunea alcoolului vizează în principal un efect indirect de subminare a rezistenţei generale a organismului, iar de aici creşterea majoră a riscului de îmbolnăvire prin tuberculoză.

În acelaşi timp consumul de alcool induce un adevărat cortegiu de condiţii social-economice defavorabile: scăderea resurselor financiare, promiscuitatea, mizeria fiziologică.

Aproape fără excepţie alcoolicii sînt şi fumători, astfel că se adaugă încă o notă de gravitate.

Iar odată instalată boala, riscul recidivelor creşte de 3-4 ori la alcoolici, nemaivorbind de formele mai grave, cu complicaţii şi cu prognostic mult mai rezervat şi chiar cu o medie de viaţă mult mai scăzută.

Alcoolul şi copiii

Alcoolul are o influenţă negativă asupra capacităţii de reproducere a bărbaţilor şi în special a femeilor, fiind o cauză posibilă de sterilitate.

Deseori sarcinile nu sînt duse la termen sau se pot naşte copii cu malformaţii congenitale, în special în cazul consumului excesiv în primele luni de sarcină. Eliminarea prematură a produsului de concepţie îndrituieşte celebra afirmaţie a lui Voltaire: „Alcoolul otrăveşte izvorul naşterilor, împiedică adesea zămislirea şi este de bună seamă potrivnic marelui scop al naturii“.

Textele Susrutei indiene consemnează de multe milenii că gravida trebuie ferită de emoţii şi alcool, astfel riscînd să nască un epileptic sau un idiot!

Cele mai noi date experimentale au confirmat integral acţiunea nocivă a alcoolului asupra celulelor germinale, a dezvoltării embrio-fetale şi, mai tîrziu, a copilului.

Trebuie să combatem cu hotărîre multe dintre prejudecăţile empirice legate de alcool:

— alcoolul nu este sub nici o formă „întăritor“;

— berea nu stimulează secreţia lactată, deşi unii medici o recomandă cu multă căldură;

— vinul roşu nu poate în nici un caz vindeca una dintre cele mai comune şi mai frecvente forme de anemie, cea *postpartum;*

— „înţărcarea sugarului“ nu trebuie făcută niciodată cu alcool (ţuică îndulcită, vin etc.);

— frecţiile, compresele cu alcool nu sînt indicate la copii; deseori ele produc intoxicaţii severe;

— alcoolul este extrem de toxic şi în nici un caz copiii nu trebuie serviţi la masă cu băuturi.

Dovezile ştiinţifice de netăgăduit atestă mari tulburări şi întîrzieri în dezvoltarea intelectuală a copiilor, a randamentului lor la învăţătură.

Toţi copiii ce au provenit din familii alcoolice sau au fost obişnuiţi cu consumul de alcool au avut extrem de mult de suferit în ceea ce priveşte dezvoltarea şi poate însuşi viitorul lor.

Alcoolul şi sistemul nervos

De toxicitatea alcoolului faţă de sistemul nervos nu se mai îndoieşte nimeni. Chiar dintre cei mai neavizaţi, majoritatea au avut

ocazia să intre în contact cu oameni băuți, cu comportamente dintre cele mai diferite sau chiar cu dramaticele manifestări ale psihozelor etilice.

Dar credem, cu toată convingerea, că acțiunea lentă, insidioasă a alcoolului asupra sistemului nervos central de degradare a personalității, deși mai puțin marcată în timp, prin efectele sale cumulatorii finale este cu adevărat cea mai gravă repercusiune.

De la diminuarea atenției, percepției, capacității de concentrare, autocontrolului se produce o degradare calitativă și cantitativă a personalității individului.

Ostil anturajului, irascibil, gata chiar de acte de cruzime pentru obținerea băuturii, alcoolicul cronic are o evoluție degradativă, nu puține fiind cazurile de demență alcoolică.

Și dacă este adevărat că pe panta lunecoasă a degradării se lasă mai ușor persoanele mai puțin echilibrate, de foarte multe ori anturajul este stupefiat de ceea ce poate face alcoolul din oameni de o valoare cu totul ieșită din comun.

În clinica psihiatrică sînt foarte des întîlnite și cazurile de epilepsie alcoolică, entitate descrisă de mult și a cărei frecvență este în continuă creștere, punînd probleme mari, atît în ceea ce privește tratamentul, cît și prognosticul encefalopatiei toxice.

Dar cele mai uzuale efecte ale alcoolului asupra sistemului nervos central sînt cele legate de modificarea personalității individului, în sensul unei agresivități deosebite, ce face obiectul psihiatriei legale, prin gravele sale implicații medico-legale.

Implicații medico-legale ale alcoolului

Consumul excesiv de alcool generează, prin frecvența sa, implicații deosebite, atît pentru individ, cît și pentru colectivitate.

În evaluarea corectă a alcoolismului trebuie făcută o demarcație netă între consumul de alcool și alcoolismul propriu-zis. Dintre consumatori numai 10-20% devin alcoolici, deci bolnavi mintal ce țin de jurisdicția psihiatriei.

Tocmai de aceea ni se pare deosebit de semnificativă definiția lui Jellinek (1960), însușită și de O.M.S., prin care se statuează că alcoolismul înseamnă orice consum de băuturi alcoolice care provoacă un prejudiciu individului sau societății.

Alcoolismul se asociază cu delincvența și favorizează, în cel mai înalt grad, actele medico-legale.

În Franța, în practica medico-legală se apreciază că 50% din deținuți au consumat alcool, iar 30% din accidentele de circulație se produc în aceleași circumstanțe.

Alcoolicul are mari tulburări de comportament și, prin intensitatea fenomenelor aberante, devine un antisocial sau chiar asocial.

Într-o cercetare a Institutului Medico-Legal din București, efectuată pe un grup de peste 600 de cazuri expertizate, etilismul a generat tentative de crime, furturi, omoruri, treceri frauduloase peste frontieră, violuri, perversiuni sexuale și diverse infracțiuni de ultraj. Alcoolul induce adesea cele mai diferite și mai intense forme de agresivitate.

Consecințele medico-legale ale faptelor antisociale comise sub influența alcoolului au o motivație psihopatologică de tipuri și intensități diferite, care explică afectarea în măsură deosebită a capacității de discernămînt a individului, pînă la abolirea lui.

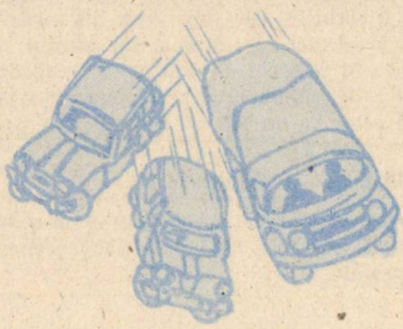
Ce determină alcoolismul

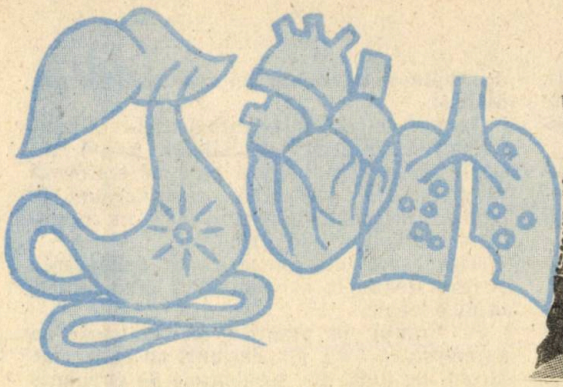
Nu credem că există manifestare morbidă de orice natură care să aibă o cauzalitate atît de complexă, de variată și, în ultimă instanță, atît de greu de definit.

Poate doar înțelepciunea milenară a poporului să fie cea mai aproape de adevăr, cînd afirmă că nu există băutor care să-și recunoască vinovăția, toți incriminînd condițiile vitrege, greutățile, societatea etc.

Nu este nici cazul și nici momentul să disecăm componentele psiho-sociale ale determinismului etanolic, dar nu putem să omitem importanța factorilor ocazionali ce intervin prin repetarea consumurilor și întipărirea obiceiului, cu timpul.

Personalitatea băutorului (individului) este, de asemenea, un element primordial, în care





cu adevărat cei relativ mai slabi sînt mai frecvent alcoolici.

Unul dintre cei mai discutați factori este cel *ereditar*. Cu certitudine nu se poate vorbi de transmiterea unor predispoziții sau caractere particulare (deși statisticile atestă o frecvență a alcoolismului cu mult mai mare la cei cu antecedente familiale încărcate, dar descendenții trăiesc în condiții similare cu părinții și de aici preiau o mare parte din concepțiile și modul lor de viață). Pe de altă parte descendenții părinților alcoolici prezintă tare extrem de diverse — encefalopatii frustre, defecte caracteriale și comportamentale, intelect liminar, tendințe marcate de structurare dizarmonică a personalității.

Vom aminti și de marea importanță a factorilor socio-culturali în determinismul alcoolic.

Este cert că omul se apucă să bea nu dintr-o dată, ci într-un anumit complex circumstanțial. Intervin aici: nivelul economic, pregătirea profesională, atitudinea (educația) față de consumul de alcool, obiceiurile, tradițiile proprii fiecărei colectivități.

De o importanță majoră sînt realizarea aspirațiilor profesionale și familiale și în special eșecurile, conflictele, dificultățile în rezolvarea diferitelor probleme.

Și peste toate planează, ca un corolar, psihotraumele; chiar dacă un proverb mai puțin măgulitor spune că românul bea (se îmbată) și la bucurie și la necaz, sîntem convinși că nu prea există oameni care de atîtea succese și fericire să înceapă să bea.

Cu riscul de a ne repeta, vom arăta că cei mai slabi fac față mai greu dificultăților vieții și atunci, fie uitarea, fie curajul sînt căutate în paharul de băutură ce niciodată nu și-a dezvăluit profundul amar ce-l provoacă celor ce nu știu să-l lase jos la timp.

Alcoolismul — o fatalitate???

Creșterea generală a consumului de alcool, sub toate formele, tinde să atingă proporții catastrofale.

Este oare evoluția omului modern pîndită și chiar amenințată de această adevărată racilă reprezentată de alcoolism?

Date statistice ne înspăimîntă pe zi ce trece și totuși sîntem încă prea nepăsători.

Desigur, la un număr impresionant de mari băutori există și un procent ridicat de oameni care și-au găsit în propria ființă rezerve de voință și au reușit să se lase de băutură. Credem că tocmai existența acestui procent relativ mare de adepți ai lui Bachus, ce și-au trădat zeul, ne adoarme vigilența.

Trebuie să reținem faptul că nu este importantă mulțimea celor ce învinș în luptă cu alcoolul, ci numărul imens al celor pierduți pentru ei, pentru familia lor, pentru societate, din cauza consumului abuziv de alcool.

Sîntem convinși că cel mai eficient mijloc de combatere a alcoolismului este reprezentat de o susținută, profundă și perpetuă muncă de educație sanitară.

De la doctori la psihologi, oameni politici, de cultură și din domeniul educației, nimeni nu trebuie să se sustragă unei extrem de ușoare activități psihoprofilactice.

Experiența umană a dovedit, fără posibilitate de tăgadă, că „este mult mai ușor să nu te apuci de băutură, decît să te lași de băut".

De aceea, eforturile trebuie canalizate cu fermitate spre acțiuni de prevenire a abuzului de alcool.

În acest sens, orice mijloc de propagandă trebuie folosit cu maximum de eficiență.

Radioul, televiziunea, filmele, conferințele, tipăriturile, orele de clasă ale fiecărui cadru didactic sînt utile și extrem de eficiente în cadrul muncii de educație sanitară.

Sănătatea fizică și mentală a omului modern trebuie apărată cu orice preț, iar acestui atît de periculos „dușman" al ei — *alcoolismul* — trebuie să-i opunem un „NU" categoric, extrem de hotărît.

Dr. MIHAI FLORIN VALER PASCU
Medic specialist psihiatru
Rm. Vîlcea

EPIGRAME

POANTE BACHUSIENE

Unui beţiv

Băutura l-a sedus,
Ca o amăgire,
Şi tot timpul l-a dispus...
La îmbolnăvire.

Sfat pentru un băutor

Ca să prinzi ceva putere,
— Zise doctorul ironic —
Îţi indic să nu bei bere,
Cel mai bun e vinul... tonic.

Unui ipohondru

Pentru boala lui, se pare,
Marea-i cel mai bun remediu,
Dar în fond, ce boală are?
Boala... ca să-şi ia concediu.

Cafea „Amigo"

Denumirea asta, poate,
Că a dat-o un profan,
Căci ea pentru sănătate
Nu e prieten, ci duşman.

Unei infatuate

De miroase flori de tei,
Pentru ea-i urgie,
Cică nu-s de nasul ei,
Că-i fac... alergie.

TEODOR FRASIN
Membru al clubului epigramiştilor „Cincinat Pavelescu"

Grade

Prea distinsa lui făptură,
Pot s-o spun, fără ocol,
Are grade de cultură,
Dar şi grade... de alcool!

Unui beţiv

Omul care-i cumpătat,
Cînd se culcă, doarme-n pat.
Numai el, buimac, hoinarul,
Schimbă patul cu... trotuarul.

„Pastel" de iarnă

Dezlipit de damigene,
O ia razna prin oraş
Şi, mahmur printre troiene,
Face... slalom uriaş!

Unuia

Bea întruna, nici nu-i pasă
Şi declară orişicui,
Că la fiecare masă,
Grasa-i... slăbiciunea lui.

Unui chefliu incorigibil

Cu atîta băutură
S-a dus suta, s-a dus mia,
Să renunţe nu se-ndură,
Fiindcă-i lipseşte... tăria!

La un restaurant

Băutor de-naltă clasă
Sorbi totul de pe masă
Şi-ncă soarbe, în neştire,
Ospătara din... privire.

Unui poet care preferă băuturi tari

Urcușul pînă la Olimp
Îl face posedînd rutina
De alpinist, în contratimp,
Dar la Olimp pe... Colentina.

Opinia unui beţiv

Galilei ne dovedește
Că n-a spus vorbe în neant,
Pămîntul se învîrtește
Cînd ies de la... restaurant!

ING. I. NEGREANU
membru al Clubului epigramiștilor „Cincinat Pavelescu"

SCHIZOFRENIA

ŞI POSIBILITĂŢILE ACTUALE DE RECUPERARE

LIDIA NICA-UDANGIU, doctor în ştiinţe medicale, medic primar, Spitalul „Gh. Marinescu", şi ŞT. NICA-UDANGIU, cercetător ştiinţific principal, Institutul de Neurologie şi Psihiatrie

SCHIZOFRENIA constituie o problemă majoră de sănătate publică, atît prin incidenţa ei destul de ridicată (riscul de îmbolnăvire la populaţia generală fiind de 1%), cît şi prin afectarea profundă a psihismului. Schizofrenia reprezintă modelul de tulburare psihică severă, o „neoplazie" a psihicului, un „seism" catastrofic care dezorganizează personalitatea bolnavului. Marile progrese în domeniul psihofarmacologiei au schimbat însă radical posibilităţile de recuperare. Dacă în primele decenii ale secolului nostru 60% din bolnavii schizofreni rămîneau definitiv în spital (20% se externau în stare ameliorată şi numai la 20% se obţinea o recuperare satisfăcătoare), în prezent majoritatea cazurilor sînt compatibile cu externarea, cu o recuperare socială ori familială.

Schizofrenia reprezintă o problemă importantă a psihiatriei contemporane, ocupînd primul loc (aproximativ 30%) din totalul urgenţelor psihiatrice.

Încă din 1851, Morel a utilizat termenul de „demenţă precoce", descriind grupa bolnavilor cu „stupiditate încă de la vîrsta tînără". În 1863, Kahlbaum a izolat „parafrenia hebetică", denumită apoi „hebefrenie", de către elevul său Hecker (1871). Tot Kahlbaum, în 1874, a izolat „catatonia" (boală psihică dominată de unele tulburări motorii: flexibilitatea ceroasă, redoare, negativism verbal şi alimentar etc.). În 1899 Kraepelin a conturat conceptul de „demenţă precoce", ca maladie psihică autonomă (reunind hebefrenia, catatonia şi demenţa paranoidă, această ultimă entitate fiind izolată de el). În 1911 Eugen Bleuler introduce în psihiatrie denumirea de „schizofrenie", care a fost apoi adoptată în toate ţările. Preluînd sinteza clinico-nosologică kraepeliniană, Bleuler a subliniat, în plus, trei aspecte importante: boala nu este o demenţă (uneori are aparenţa unei demenţe), maladia nu are o evoluţie obligatoriu cronică, boala nu este omogenă (existînd „grupa schizofreniilor"). În 1912 Chaslin a propus denumirea de „psihoză discordantă", subliniind că elementul de discordanţă se manifestă pe mai multe planuri: discordanţă între funcţiile psihice elementare; discordanţă simptomatologică (lipsa de coeziune între ideile delirante şi mimică, între gîndire şi afectivitate) etc.

Schizofrenia este constituită, după Ey, dintr-un sindrom „deficitar" (sindromul discordant disociativ, numit şi sindrom „negativ") şi un sindrom „productiv" (sindromul delirant—halucinator sau sindrom „pozitiv"). La aceste două sindroame se adaugă autismul,

o ruptură a comunicării cu alte persoane şi cu o retragere în lumea subiectivă.

SINDROMUL DEFICITAR DISCORDANT se caracterizează prin patru simptome principale: ambivalenţă (existenţa concomitentă a unor idei, sentimente şi tendinţe de sens contrar, faţă de unul şi acelaşi obiect sau fenomen); bizarerie, impenetrabilitate şi detaşare. Discordanţa apare atît în sfera gîndirii (tulburări în desfăşurarea gîndirii, slăbirea asociaţiilor, inconstanţa ideativă, incoerenţa ideativă, barajul ideativ, gîndirea metaforică şi ermetică, disociaţia între forme şi conţinutul gîndirii etc.), cît şi în sfera afectivă (discordanţa afectivă exprimată prin rigiditatea şi inadecvare afectivă, ambivalenţă afectivă, impenetrabilitate afectivă, indiferentism, bizarerie afectivă) şi în sfera comportamentului (discordanţa psihomotorie manifestată prin tulburări catatonice cu stereotipii, acte absurde şi inadecvate, impulsiuni nemotivate, negativism, bizarerii comportamentale).

SINDROMUL PRODUCTIV DELIRANT HALUCINATOR este dominat de halucinaţii şi idei delirante. În cele mai multe cazuri se întîlnesc halucinaţii auditive (bolnavul aude voci care nu există în realitate, voci despre care pacientul afirmă că îi comentează comportamentul ori gîndirile, voci care discută între ele etc.). Ideile delirante sînt idei patologice, care nu reflectă realitatea şi faţă de care bolnavul nu are atitudine critică. Insul are impresia de automatism mintal, părerea că actele, gîndurile şi sentimentele sale sînt „fabricate", „transmise", „influenţate", „dirijate" de o forţă exterioară, impresia că gîndurile sale sînt cunoscute de toată lumea (răspîndirea ori radiodifuzarea gîndurilor), senzaţia de sonorizare a gîndirii (pseudohalucinaţii auditive, în care pacientul îşi aude propriile gînduri), interpretări false, impresia că este urmărit, persecutat, otrăvit (că i se pune ceva în mîncare), părerea că este privit într-un mod deosebit, impresia că se discută despre el etc. După Minkowski, autismul constituie elementul fundamental al structurii schizofrenice, El a observat, alături de „autismul bogat" (descris de Bleuler ca o desprindere a gîndirii de realitatea general recunoscută, asociată cu o viaţă interioară intensă, dar sterilă), un „autism sărac", caracterizat printr-o izolare mentală deficitară, datorită „pierderii contactului cu realitatea".

Definirea conceptului de schizofrenie este încă în faza discuţiilor, deoarece în evoluţia cazurilor se înregistrează o mare varietate individuală.

În 1980, Asociaţia Psihiatrilor Americani a lansat un concept mai restrictiv, eliminînd din sfera schizofreniei cazurile fără elemente „productive", cazurile cu o durată a evoluţiei sub 6 luni, cazurile cu debut peste 45 de ani, cazurile cu elemente afective dominante ori cele în care există incertitudine în diagnosticul diferenţial cu o tulburare afectivă. Deşi acest concept defineşte schizofrenia printr-o denivelare socioprofesională (scăderea faţă de nivelul premorbid de funcţionare), totuşi evoluţia nu este totdeauna deteriorantă.

PROFILAXIA PRIMARĂ A PSIHOZELOR SCHIZOFRENE. Prevenirea primară are ca obiectiv împiedicarea apariţiei unor „cazuri noi" de schizofrenie (adică reducerea incidenţei). Prevenirea primară este dificilă în prezent, deoarece cauza esenţială a bolii a rămas neclarificată. Totuşi lipsa unor date precise cu privire la cauza bolii nu trebuie să ne dezarmeze, întrucît există o serie de fapte clinice care permit aplicarea unor măsuri de profilaxie. Cercetările au evidenţiat că este vorba de o boală cu o etiologie multifactorială, intervenind atît factori genetici, cît şi unele influenţe nocive ale mediului familial şi social. Factorii ereditari şi de mediu nu pot să fie separaţi. Profilaxia primară urmăreşte să înlăture ori să atenueze factorii ereditari şi de mediu care determină, favorizează ori declanşează psihozele schizofrene.

Prevenirea primară a psihozelor schizofrene se bazează pe:

— posibilităţile oferite de sfatul genetic; cînd ambii părinţi sînt afectaţi, riscul de îmbolnăvire este de 40-68% (acest risc deosebit de mare impune sfatul de a nu se căsători doi bolnavi schizofreni, iar în cazul în care mariajul a fost realizat, să nu lase urmaşi); dacă un singur părinte este bolnav riscul transmiterii bolii la urmaşi este de 5-10% (bolnavele cu schizofrenie au dreptul la întreruperea terapeutică a gestaţiei);

— sfatul prenupţial urmăreşte prevenirea căsătoriilor „nefericite" (de exemplu, căsătoria între doi parteneri bolnavi psihici este „nefericită", atît prin marea încărcătură ereditară, cît şi prin frecvenţa crescută a relaţiilor disarmonice intrafamiliale);

— realizarea unor comunicări adecvate în grupul familial, optimizarea relaţiilor interpersonale intrafamiliale (prin măsuri educative generale, corectarea factorilor care duc la apariţia unor personalităţi lipsite de echilibru etc.);

— utilizarea colectivului ca factor educogen;

— diminuarea sau înlăturarea efectelor psihotraumatizante ale unor evenimente deosebite (prin evitare, cînd este posibil, sau prin creşterea rezistenţei la stresuri, printr-o pregătire anterioară etc.).

PROFILAXIA SECUNDARĂ A PSIHOZELOR SCHIZOFRENE. Dacă prevenirea primară (prevenirea apariţiei bolii) este dificil de realizat, mijloacele terapeutice actuale permit însă profilaxia secundară, care implică combaterea — pînă la dispariţie — a simptomelor bolii şi prevenirea reapariţiei lor. În multe cazuri de schizofrenie se obţine astăzi o remisiune totală, adică dispariţia temporară a manifestărilor bolii. O remisiune totală (fără defect) şi prelungită (stabilă) este echivalentă cu vindecarea. Menţinerea acestor remisiuni prin mijloace biologice, psihoterapeutice şi socioterapeutice constituie un obiectiv esenţial al prevenţiei secundare. Remisiunile defectuale şi recăderile frecvente sînt legate, în cele mai multe cazuri, de lipsa unui tratament ori de oprirea, fără avizul medicului, a tratamentului de întreţinere.

Schizofrenia se exprimă clinic printr-o bogată simptomatologie şi prin diverse forme clinice de debut. Depistarea precoce a schizofreniei implică prezentarea la medicul psihiatru a persoanelor care prezintă o serie de bizarerii şi de modificări comportamentale.

În formele acute bolnavul prezintă agitaţie psihomotorie, incoerenţă verbală, comportamente suicidare nemotivate, halucinaţii, idei delirante etc. În formele cu debut insidios (fără manifestări vizibile) se întîlnesc însă diverse manifestări:

— comportamente şi preocupări ciudate sau excentrice (vorbire de unul singur în public, tendinţă la filozofare sterilă sau „intoxicare filozofică");

— izolare socială, închidere în sine, comportament de opoziţie faţă de familie şi societate (nu mai merge la şcoală, la facultate sau la serviciu şi stă închis în casă etc.);

— tendinţă exagerată spre independenţă, opoziţionism, stări de fugă patologică, stări impulsive neobişnuite;

— schimbarea treptată a afectivităţii, scăderea iniţiativei şi a interesului, indiferentism (indiferenţă afectivă, cu lipsa raporturilor afective), răceală afectivă, rigiditate şi inadecvare afectivă (lipsa de modulare afectivă), ambivalenţă afectivă (prezenţa simultană a unor afecte pozitive şi negative), inversiunea afectivă (pierderea şi inversarea sentimentelor faţă de părinţi, fraţi şi alte rude apropiate);

— preocupări obsesive cu analize retrospective interminabile, dismorfofobie cu idei de urîţire (cu impresia că nasul e deformat, că faţa e urîtă etc.), cu examinarea anxioasă în oglindă;

— fenomene de depersonalizare, sentimentul de înstrăinare, sentimentul de dedublare, impresia bolnavului că în el există două persoane care acţionează în sens opus, că şi-a pierdut simţul unităţii, că nu mai este el însuşi etc.;

— folosirea unui limbaj imprecis, cu multe metafore şi neologisme bizare etc.

Tratamentul intensiv al fazei iniţiale constituie un mijloc de ameliorare a prognosticului schizofreniei.

O frecvenţă crescută de evoluţii favorabile se întîlneşte în cazurile cu: debut acut, debut la o vîrstă mai înaintată, personalitate premorbidă normală, performanţe intelectuale ridicate anterioare, mediu familial pozitiv, prezenţa elementelor afective etc.

Reactivitatea la terapia complexă biologică şi psihosociologică a devenit însă indicele prognostic principal. Variabila terapeutică joacă astăzi un rol important în evoluţia bolnavilor schizofreni. Momentul aplicării tratamentului, dozele şi durata tratamentului farmacologic, asocierea cu alte mijloace terapeutice constituie elemente care pot contribui la creşterea numărului de remisiuni fără defect. Terapia debuturilor de schizofrenie se realizează de obicei în spital, unde există posibilitatea aplicării unui tratament intensiv (cu doze mari, care impun o supraveghere medicală permanentă) şi complex (asocierea diverselor mijloace terapeutice). De asemenea, în spital se precizează (prin investigaţii multilaterale) o serie de parametri medicali necesari pentru orientarea terapiei (precizarea formei clinice, a sindroamelor principale, a unor boli somatice asociate etc.).

Neurolepticele constituie pivotul întregului complex terapeutic al schizofreniei, însă aceste medicamente deschid calea acţiunilor

psihoterapeutice și socioterapeutice. Revoluția psihofarmacologică a apărut în 1952, prin descoperirea efectelor antipsihotice ale Clorpromazinei (Clordelazin, Plegomazin, Largactil). În prezent, în arsenalul medical există numeroase neuroleptice utile în diversele tipuri și forme de schizofrenie: neuroleptice sedative au un efect evident în agitațiile delirante și în stările de angoasă psihotică: Clorpromazina, Levomepromazina, Tioridazina, Neuleptilul, Periciazina etc.; neuroleptice dezinhibitorii au acțiune electivă asupra semnelor deficitare ale schizofreniei (combătînd inhibiția, inerția, indiferența): Sulpirid (Dagmatil), Carpipramina (Prazinil), Triperidolul etc.; neuroleptice polivalente, cu acțiune atît sedativă, cît și dezinhibitorie: Haloperidolul, Majeptilul (Tioproperazina), Flufenazina (Moditen, Lyzogen).

CURA CHIMIOTERAPEUTICĂ cuprinde patru faze:

— faza de atac (faza de creștere treptată a dozelor, faza de cunoaștere a toleranței individuale);

— faza menținerii în platou a medicației psihotrope (faza tratamentului intensiv);

— faza de scădere a dozelor (faza de stabilire a dozelor minime care mențin efectul terapeutic);

— faza tratamentului de întreținere.

În afară de neuroleptice, în schizofrenie se utilizează și alte tipuri de substanțe psihotrope: antidepresive triciclice (Antideprin, Anafranil, Surmontil), pentru combaterea tulburărilor depresive, tranchilizante (Diazepam, Hidroxizin), pentru combaterea anxietății psihotice, psihoenergizante (Piritinol, Piracetam, Meclofenoxat), pentru corijarea stării de somnolență dată de neuroleptice, antiparkinsoniene (Romparkin, Ponalid, Tremaril), pentru combaterea efectelor secundare extrapiramidale produse de neuroleptice etc.

Individualizarea tratamentului se realizează prin prescrierea psihotropelor în funcție de simptomele și de sindroamele principale (de exemplu, Haloperidolul are o intensă acțiune asupra halucinațiilor), în funcție de forma clinică (schizofrenia paranoidă reacționează foarte bine la Majeptil, Haloperidol, Flufenazină; schizofrenia simplă răspunde mai bine la Dagmatil, Prazinil etc.); de asemenea, se va ține seama de vîrsta bolnavului și de diversele afecțiuni somatice pe care le poate prezenta bolnavul.

Tratamentul biologic trebuie să fie sudat cu mijloacele psihoterapeutice și cu cele socioterapeutice. Psihoterapia urmărește deschiderea canalelor de comunicare ale insului bolnav, prin intermediul cărora poate să se integreze în circuitul social.

TRATAMENTUL DE ÎNTREȚINERE este mijlocul cel mai important de profilaxie secundară. Acest tratament urmărește să mențină starea de remisiune obținută și să prevină recidiva. Tratamentul de întreținere se bazează pe îmbinarea chimioterapiei prelungite cu metodele psihoterapeutice și socioterapeutice.

Există mai multe modalități de a efectua tratamentul de întreținere la bolnavii cu schizofrenie:

— menținerea asociației de neuroleptice utilizate în faza acută (reducînd posologia la o treime ori la un sfert din „dozele de platou");

— folosirea altor neuroleptice („neuroleptice de relee") care preiau ștafeta terapeutică (neuroleptice standard, cu administrarea zilnică, dar care au efecte secundare mai reduse);

— utilizarea neuroleptice cu durată lungă de acțiune (neuroleptice-depozit);

— asocierea neuroleptice-standard cu neuroleptice-depozit;

— asocierea neuroleptice cu săruri de litiu etc.

Chimioterapia prelungită este completată cu psihoterapie și socioterapie, metode care ocupă un loc important în menținerea remisiunilor și în prevenirea recăderilor. Această politerapie (combinația diferitelor metode de tratament) nu trebuie aplicată însă rigid la toți pacienții. Chiar dacă nu se reușește întotdeauna să se împiedice recăderile, tratamentul de întreținere are o importanță deosebită, deoarece reinserția socială este de mai bună calitate, de durată mai lungă și la un număr mai mare de deficienți schizofreni; recidivele survin mult mai rar sub tratament de întreținere și se rezolvă într-un interval mult mai scurt (tratamentul fiind posibil adesea în ambulatoriu).

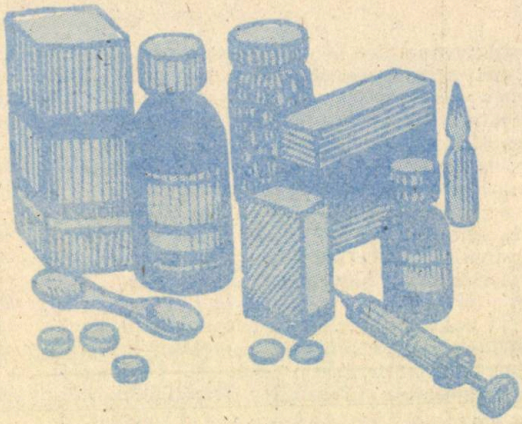
Dozele de întreținere variază de la un bolnav la altul și de la o etapă la alta. Se consideră că doza optimă de întreținere este aceea care asigură, pe de o parte, o existență relativ lipsită de efecte secundare, iar pe de altă parte, adaptare și integrare socială. Tratamentul de întreținere este de lungă durată.

După primul puseu se recomandă de obicei o durată de un an și apoi bolnavul este ținut sub supraveghere; dacă recăderile sînt frecvente se optează pentru un tratament de întreținere indefinit; dacă recăderile sînt rare, se recomandă, în unele cazuri, așa-numitele „vacanțe terapeutice". Descoperirea recăderilor în faza inițială impun o dispensarizare a bolnavilor schizofreni. Întîlnirile periodice dintre medic și pacient constituie, în același timp, un moment de aplicare a măsurilor psihoterapeutice.

PROFILAXIA TERȚIARĂ A PSIHOZELOR SCHIZOFRENE. Prevenirea terțiară are ca scop diminuarea cazurilor cu dependență socială și/sau familială. Cu alte cuvinte prevenția terțiară vizează creșterea numărului de bolnavi reinserați în profesie și în familie.

Deși, prin tratament complex, boala schizofrenă poate fi „reversibilă în sănătate", iar insul schizofren „un suferind ca toți ceilalți bolnavi", totuși eforturile de reintroducerea

bolnavilor în circuitul productiv întîmpină o serie de dificultăți. Menținerea în activitate ar constitui un mijloc ideal de prevenire a agravării schizofreniei, dar această soluție nu este posibilă în prezent decît numai la o parte din bolnavi (de obicei, la cei care prezintă remisiuni complete). Tratamentele moderne reduc simptomele grave și jenante ale schizofreniei, dar în multe cazuri rămîn unele modificări care împiedică adaptarea insului bolnav la exigențele mari ale diferitelor locuri de muncă. În fața diverselor dificultăți nu trebuie să renunțăm la bătălia pentru recuperare, utilizînd diversele forme de ergoterapie.



INSTANTANEE

LA UN CABINET DE CONSULTAȚII

(secvențe autentice, trăite zilnic)

Pe lîngă actul medical propriu-zis (examen clinic, diagnostic, tratament etc.), în cadrul unei consultații pot fi surprinse dialoguri interesante între pacient și medic. În interesul atît al unuia, cît și al celuilalt, spicuim frînturi din aceste dialoguri, secvențe care pot fi întîlnite și auzite zilnic la dispensare, policlinici, cabinete de pneumologie, dispensare antituberculoase și chiar la patul bolnavului, în clinică.

*

– Tovarășe doctor, vă rog să-mi dați o rețetă de Codenal pentru tuse.

Este o greșeală ca un tușitor să-și indice singur medicamentul pentru tuse. Cînd sînt întrebat de bolnavi ce trebuie să facă pentru tuse, obișnuiesc să-i întreb, la rîndul meu, să-mi semnaleze medicamentul care știu ei că le face bine. Uneori sînt nedumeriți; cum, medicul îi întreabă care este medicamentul? Întrebarea este totuși justificată, pentru că de cele mai multe ori este vorba de pacienți care au mai fost „răciți", care au mai tușit și care au experiența tratamentelor dovedite ca fiind eficace.

În general, însă, este greșit ca un bolnav care tușește să-și indice singur medicamentul pentru tuse și să ceară rețetă pentru acest medicament, pentru că nu există o singură cauză a tusei, un singur fel de tuse, pentru care „să meargă" un singur medicament. Astfel, există tusea seacă (fără expectorație), iritativă, uneori chinuitoare, ca în faringite acute, laringite, traheite, bronșite (în faza inițială), în prima parte a unei pneumonii, în pleurite uscate sau pleurezii, ca și în unele cardiopatii. În fața acestui fel de tuse sînt indicate medicamente cu acțiune calmantă, *care deprimă centrul nervos al tusei și sensibilitatea zonelor periferice tusigene, cum sînt dionina, codeina (și picăturile de dionină-codeină —* aqua laurocerasi). *Cînd tusea este grasă și productivă, determinată de o secreție bronșică crescută sau de exsudatul format în alveolele pulmonare,*

în cursul evoluției unei pneumonii, sînt indicate expectorantele, *care, fluidificînd secreția bronșică, favorizează eliminarea acesteia, calmînd tusea. Astfel de expectorante sînt: benzoatul de sodiu, acetatul de amoniu, iodură de potasiu, Trecid, Tusomag, Bromhexin, ceaiuri pectorale, siropuri expectorante.*

Cînd tusea este provocată de secreții bronșice ...dente, purulente, însoțite de stare gene...lterată și de o febră prelungită, simptome ...traduc o infecție secundară, complicație ...le diverși microbi, medicul (și nu paci... din proprie inițiativă!) este îndreptățit ...recomande un tratament cu antibiotice, ...ind antibioticul cel mai indicat, în funcție ...pectul clinic al bolii, de microbul pus în ...ță în spută și eventual de o antibiogramă ...ei banale din spută, care să arate la ce ...otic sînt sensibili germenii patogeni. ... trebuie omise ceaiurile din plante, lip...site de toxicitatea mai mult sau mai puțin accentuată a medicamentelor sintetizate din diferite substanțe chimice. În faza de iritație a inflamațiilor traheobronșice, cu tuse uscată, se recomandă ceaiuri de plante cu mucilagii (frunze de patlagină, flori, frunze și rădăcină de nalbă, petale de mac roșu, flori de luminărică). Pentru calmarea tusei au efect bun cimbrișorul de cîmp, ienuperele, scaiul vînăt. În faza avansată sînt indicate fluidificantele *(infuzii de fructe de chimen, anason, fenicul). În tusea cu expectorație purulentă pot fi folosiți mugurii de pin (sirop), sulfină, isopul, coada șoricelului, separat sau în combinații cu ceaiul antibronșitic, ceaiul pectoral 2.*

De asemenea, siropul de mere, infuzia de sîmburi de gutuie, ridichile, hreanul (1 linguriță de hrean ras, cu miere — de cîteva ori pe zi, timp de cîteva zile), varza roșie, morcovul, țelina, guliile, usturoiul dau adesea rezultate bune în bronșite.

*

— Vă rog să luați acest borcan și să vă duceți la camera de recoltare, unde să scuipați în el, ca să facem analiza sputei.

— Tovarășe doctor, îl iau acasă, tușesc și scuip mîine dimineață. Dimineața am mai multă spută decît în timpul zilei.

Într-adevăr, expectorația este mai abundentă dimineața, pentru că se elimină secreția bronșică și traheală adunată în timpul nopții. Dar produsul expectorat provine mai ales din trahee și bronhiile mari și mijlocii. Bolnavul își face „toaleta bronșică".

Expectorația din timpul zilei are toate șansele să conțină material provenind din zonele pulmonare în care se află leziunile tuberculoase. Așa se explică de ce există adesea bolnavi de tuberculoză pulmonară la care sputa eliminată dimineața nu conține bacili Koch, spre deosebire de sputa de la amiază sau din cursul după-amiezii, în care se pune în evidență prezența bacililor Koch, fie prin simplu examen microscopic direct, fie prin culturi pe medii speciale.

*

— Tovarășe doctor, am „dat roșu" și mi-e frică să nu am tuberculoză sau un cancer pulmonar!

Orice bolnav care are o hemoptizie — mai mică sau mai mare — trebuie să se prezinte la medic. Examenele clinic, radiologic și bacteriologic vor lămuri care este cauza hemoptiziei și vor duce la tratamentul ce va reuși să înlăture cauza hemoptiziei. De cele mai multe ori panica de care este cuprins bolnavul care a eliminat spute cu sînge sau a scuipat o „gură de sînge" sau mai mult nu este justificată.

Nu orice hemoptizie este datorată tuberculozei sau cancerului, după cum nu orice cancer pulmonar sau tuberculoză pulmonară au obligatoriu hemoptizie în cortegiul simptomelor.

Orice afecțiune bronhopulmonară (microbiană, parazitară) poate să se manifeste și prin hemoptizie. Banala traheită sau traheobronșita pot să fie însoțite de hemoptizie, iar proporția de afecțiuni inflamatorii sau iritative ale traheei și bronhiilor la care hemoptizia face parte din simptome este mult mai mare decît proporția de cazuri de tuberculoză sau cancer pulmonar cu hemoptizii. Iarna pot să existe chiar epidemii de traheobronșită hemoragică virotică, la care investigațiile și examenele făcute nu decelează nici o modificare bronhopulmonară patologică.

Există apoi false hemoptizii, care nu sînt determinate de vreo afecțiune a bronhiilor sau plămînului, cum este epistaxisul (hemoragie nazală, la care sîngele pătrunde în timpul nopții în trahee și este eliminat dimineața, odată cu tusea, ca și cum ar proveni din căile respiratorii), angioame sau pete vasculare pe trahee. La fel și în cazul hemoragiilor gingivale, ectaziilor venoase (varice) traheale, unor boli de sînge în care există tulburări de coagulare a sîngelui, precum și în cazul administrării unor medicamente care scad coagulabilitatea sîngelui (Aspirină, Paracetamol).

*

— Tovarășe doctor, vă rog să-mi dați o rețetă pentru Biseptol (sau Ampicilină, sau Tetraciclină) pentru că am răcit și am febră (sau „pentru că am o viroză" sau, pur și simplu, pentru că „am guturai și tușesc").

Mare greșeală să se ia un antibiotic pentru o stare gripală banală, foarte frecventă în sezonul rece și umed, sau pentru o simplă răceală. În principiu nici nu este necesară consultarea medicului, orice om putînd să se îngrijească singur, administrîndu-și Aspirină, Piramidon sau Paracetamol, dezinfectîndu-și gîtul (sugerea cîtorva tablete de Faringosept pe zi), punînd picături dezinfectante în nas, stînd în repaus în casă în perioada febrilă și luînd medicamente calmante ale tusei. Medicamentele amintite există în fiecare casă, în fiecare familie. Automedicația trebuie însă să se oprească aici și să nu se extindă și asupra antibioticelor.

Întîi, pentru că antibioticele nu au nici o acțiune asupra gripei, care este dată de un virus ce nu este influențat de antibiotice.

În al doilea rînd pentru că este posibil ca germenii care constituie flora banală din gură, gît și nas, să devină rezistenți la antibioticul administrat anarhic (ca timp și ca doză).

În cazul că starea gripală se complică cu un proces infecțios (sinuzită, amigdalită, pneumonie bacteriană, supurație bronhopulmonară, otită) și apare indicația unui antibiotic, acesta va avea o eficacitate scăzută sau nulă, din cauza rezistenței.

În sfîrșit, numai medicul are competența să indice un tratament cu antibiotice, pentru că numai el știe cînd trebuie administrat antibioticul, care anume, cît timp, în ce ritm și în ce doze.

Nu trebuie să se ia antibiotice numai pentru că un vecin sau un prieten au spus că s-au făcut bine făcînd tratament cu cutare sau cutare antibiotic. Fiecare om își face boala lui, care nu seamănă cu a altuia. Organismele diferă de la om la om, ca și reacția individuală la medicamente. Dacă nu ar fi așa, nu ar mai fi nevoie de medic; un sfat medical la emisiunea de radio de dimineață, dat în fiecare zi la aceeași oră, ar indica ce trebuie să facă bolnavii de cutare boală, ca și cum s-ar adresa gospodinelor cum trebuie să prepare ghiveciul călugăresc sau să gătească tocana sîrbească.

Și, în general, oamenii trebuie să se dezvețe de obiceiul de a comanda medicilor de la cabinetele de consultații de la dispensare și policlinici rețete cu medicamente pe care le propun ei. Medicii nu sînt vînzători în magazine, cărora să le ceri attea kilograme de roșii, cartofi sau alte articole. Medicina este o știință practicată de specialiști, care studiază o viață întreagă ca să știe ce să facă pentru sănătatea semenilor lor.

Medicii trebuie să lupte continuu împotriva „binevoitorilor" și „isteților" care dau sfaturi medicale, nefiind cunoscători în ale medicinii, împotriva babelor, eresurilor, escrocilor.

De asemenea, trebuie să combată pe cei care, prin reviste literare, în reportaje senzaționale, popularizează cu incompetență și rea-credință tratamente și remedii fanteziste, primejdioase și neavenite, precum și pe diverși șarlatani, care nu au nici o tangență cu știința medicinii, agitînd inutil pe credduli și pe naivi.

*

— Tovarășe doctor, mă doare plămînul! Vă rog să-mi faceți o radioscopie.

Formularea „mă doare plămînul" nu este corectă, deoarece pînă la plămîn sînt multe țesuturi sau organe care, dintr-o cauză sau alta, pot să doară. Astfel: pielea (afecțiunea neurodermatologică denumită Zona Zoster *se manifestă printr-o erupție foarte dureroasă), țesutul celular subcutanat (celulite), coastele, musculatura intercostală, pleura, inima.*

Plămînul doare destul de rar: cînd procesul inflamator al plămînului este aproape de pleură (care este un organ foarte sensibil), în unele pneumonii, în infarctul pulmonar, în cancer.

Adesea durerile toracice sînt iradieri ale unor suferințe gastrice sau duodenale (gastrită, ulcer gastric, duodenită, ulcer duodenal), ale veziculei biliare (colecistită, diskinezie biliară), cardiace.

De cele mai multe ori este vorba de o n[e]
gie intercostală.

În orice caz, înainte de a lua din pr[o]
inițiativă „un" Biseptol sau „o" Ampici
bolnavul ar face mai bine să consulte
medic, iar pînă atunci să ia un *Antinevralg*
o *Aspirină sau* un *Piramidon.*

*

— Tovarășe doctor, mi-a pus nev
ventuze. Sînt foarte răcit, pentru că
tuzele sînt negre.

O părere greșită, dar foarte răspîndită și încetățenită.

Faptul că ventuzele sînt negre nu are nici o legătură cu intensitatea răcelii, nici măcar cu existența unei răceli.

Ventuzele sînt „negre" cînd „au prins bine", cînd sînt bine și corect aplicate. Vidul din ventuză „trage" și provoacă o congestie a pielii și țesutului subcutanat, descongestionînd zonele profunde inflamate (pleurite, bronșite, pneumonii, mialgii gripale etc.). Dacă există și oarecare fragilitate a vaselor capilare, în zona de acțiune a ventuzei au loc mici hemoragii subcutanate, mici sufuziuni sanguine, care se manifestă prin învinețirea pielii.

O ventuză care tehnicește nu este bine aplicată, nu determină nici o modificare a pielii, oricît ar fi „răceala" de puternică.

*

— Tovarășe doctor, am luat cîteva zile Ampicilină pentru o bronșită și mă doare mucoasa gurii, gingiile îmi sînt roșii, limba mă ustură, nu pot să mestec și să înghit din cauza durerilor. Nici tusea nu mi-a trecut, ba chiar s-a întețit și scuip urît.

Nici nu m-aș fi așteptat la altceva.

a) Pentru o bronșită nu se ia Ampicilină.

b) Frecvent, antibioticele și mai ales penicilinele luate peroral *(dar și altele) distrug flora banală microbiană existentă în gură și în gît și exaltă virulența ciupercilor (mai ales* Oidium albicans*), care duceau o viață saprofită, care nu erau patogene și care „trăiau" în bună înțelegere cu microbii. Dispărînd microbii (datorită antibioticelor), se strică echilibrul ecologic din cavitatea bucală, ciupercile microscopice devin patogene și determină infectarea și inflamarea mucoasei gurii și a limbii (stomatite, glosite).*

Dar nu numai atît. Infecția micotică (cu ciuperci) poate „să coboare" pe trahee și bronhii, dînd traheite și bronșite micotice, afecțiuni destul de rebele la tratament.

c) Pentru a evita pe cît posibil aceste micoze postantibiotice se recomandă ca în cazurile în care un bolnav face tratament peroral *cu antibiotice (indicat de medic!) să se facă profilaxia conştiincioasă a micozei. Bolnavul va fi sfătuit să-şi clătească gura de mai multe ori pe zi cu apă bicarbonatată (2 linguriţe la 1 litru de apă), alternativ cu o soluţie foarte slabă (uşor colorată — cîteva cristale la 1 litru de apă) de hipermanganat de potasiu.*

În acest fel se va obţine alcalinizarea gurii; ciupercile nu se dezvoltă în mediul alcalin şi micoza va putea fi evitată aproape totdeauna, cu mult succes.

*

— Vă rog să faceţi o radiografie pulmonară, un examen otorinolaringologic şi un examen stomatologic.

— De ce să fac, tovarăşe doctor, examen de nas, gît şi dinţi? Pe mine bronşita este cea care mă supără de multă vreme!

Foarte des, o bronşită cronică, o bronşită supurată sau altă supurajie bronhopulmonară sînt provocate şi întreţinute de unul sau mai multe focare infecţioase, cantonate în căile aeriene superioare (rinită cronică, sinuzită frontală sau maxilară, amigdalită cronică, faringită cronică, carii dentare, resturi de rădăcini dentare). Orice tratament al afecţiunii bronhopulmonare este iluzoriu atît timp cît nu se asanează focarul infecţios care o întreţine.

Iată motivul pentru care un specialist de boli de plămîni nu poate să purceadă la tratamentul afecţiunii bronhopulmonare pînă nu dispune de „inventarul" complet al căilor respiratorii superioare şi-al cavităţii bucale.

Tratarea focarelor septice şi asanarea acestor infecţii pot să ducă de cele mai multe ori la vindecarea bolii bronhopulmonare, după ce au eşuat diferite tratamente cu variate antibiotice, fără să se fi ţinut seama de faptul că există o cauză care ar fi putut fi înlăturată.

*

— Tovarăşe doctor, tuşesc şi scuip „urît". Am luat şi Biseptol, şi Codeină, şi Trecid, şi Pătlagină, şi Bromhexin şi nu-mi trece.

— Lăsaţi-vă de fumat. V-am mai spus-o şi data trecută.

— Am încercat, dar nu pot. Şi, pe urmă, am constatat că dacă nu fumez, tuşesc şi mai tare.

În primul rînd, degeaba au fost înghiţite toate medicamentele contra tusei, care au fost enumerate, dacă nu a fost suprimat şi fumatul. Fumul de tutun este factorul principal care provoacă şi întreţine iritaţia bronşică şi care face ca bronşita să se cronicizeze.

În al doilea rînd, „nu pot să mă las de fumat" sînt vorbe goale. Deşi fumătorul este un drogat şi există fenomenul de „obişnuinţă", depinde numai şi numai de voinţa bolnavului ca să renunţe la tutun. Şi este greu de admis că un om în toată firea şi cu mintea întreagă să nu aibă atîta voinţă ca să renunţe la un obicei rău şi nesănătos. Acest năravinseamnă un „aconto" important pentru dobîndirea unui cancer pulmonar sau a unei pneumopatii cronice.

În sfîrşit, faptul că tuşeşte „mai tare" după ce se lasă de fumat este explicabil. Nicotina are o acţiune paralizantă asupra cililor vibratili de la suprafaţa traheii şi bronhiilor şi „anesteziază" mucoasa respiratorie, diminuînd reflexul de tuse, mecanismul prin care aparatul respirator caută să elimine secreţia bronşică produsă în exces, în urma acţiunii iritante a fumului.

Cînd se suprimă fumatul, dispare şi anestezierea mucoasei şi se înteţeşte tusea, reflex de apărare. Dar după cîtva timp, nemaifumînd, acţiunea iritantă a fumului încetează, secreţia bronşică scade pînă la dispariţie, urmarea firească fiind încetarea tusei.

Secvenţă cu o undă de umor (negru), dar autentică, trăită de nenumărate ori.

*

— În loc să-ţi faci corect tratamentul antituberculos, dumneata eşti aproape permanent ameţit de alcool!

— Tovarăşe doctor, eu sînt alcoolorezistent!

Bolnavul a văzut buletinul cu rezultatul analizei, care semnala prezenţa bacililor acido-alcoolorezistenţi.

Din capul locului trebuie spus că nu bolnavul este alcoolorezistent. Dimpotrivă, prin lezarea cronică a celulei hepatice, alcoolul diminuează rezistenţa organismului la boală, mai ales la tuberculoză.

Alcoolorezistenţa bacilului Koch (bK) este un caracter de colorabilitate a acestuia. Pentru ca bK să poată fi pus în evidenţă, o lamă cu spută (frotiu), după ce a fost fixată la flacără, este colorată prin metoda Ziehl-Nielsen. Lama fixată se colorează cu fucsină, apoi este decolorată cu o soluţie de acid şi alcool; în urma decolorării toate elementele (celule, microbi) îşi pierd culoarea roşie, cu excepţia bK. Într-un al treilea timp, prin colorare cu albastru de metilen, toate elementele se colorează în albastru, cu excepţia bK, care şi-a păstrat culoarea roşie, graţie căreia poate fi uşor identificat prin examinarea la microscop.

*

— Dumneata ai o tuberculoză pulmonară şi trebuie să te internezi.

— Tovarăşe doctor, nu se poate să fac tratamentul acasă, fără să mă internez?

Se poate.

Dar numai în cazul în care bolnavul locuieşte singur sau cel mult cu un adult, căruia i se poate face educaţia sanitară cu caracter profilactic, în cazul că forma de tuberculoză este uşoară şi bolnavul nu este eliminator de bacili Koch şi cu condiţia ca tratamentul ambulatoriu să fie strict supravegheat la dispensar.

Dacă leziunile sînt întinse, dacă bolnavul este un mare eliminator de bacili (deci este foarte contagios), dacă locuieşte cu copii pe

care îți poate ușor infecta și îmbolnăvi sau dacă bolnavul este recalcitrant și nu respectă tratamentul indicat, internarea este obligatorie.

Prin internarea în sanatoriu se obțin: izolarea bolnavului, supravegherea tratamentului și educarea bolnavului, care va învăța, de la începutul bolii, felul de viață pe care să o ducă, ce trebuie să facă, ce nu trebuie să facă, cum să se alimenteze. Totodată poate fi dezvățat (chiar dacă numai temporar) de nefericitele și dăunătoarele năravuri: alcoolul și tutunul.

*

— Tovarășe doctor, dați-mi, vă rog, o rețetă pentru Biseptol și Eritromicină, la care antibiograma de anul trecut arăta că sînt rezistent.

În primul rînd, nu bolnavul poate fi rezistent la antibiotic, ci germenul (microbul) cutare sau cutare, fapt pe care îl indică antibiograma florei banale din spută.

În al doilea rînd, o antibiogramă făcută cu un an în urmă (chiar și cu 6 luni, chiar și cu o lună) nu mai poate să dea o indicație corectă pentru un proces infecțios recent. Pentru simplul motiv că infecția bacteriană recentă (o pneumonie, spre pildă, sau un abces pulmonar, sau o bronșită acută, sau o bronșită cronică „încălzită", adică acutizată) poate să fie provocată de un germen care nu exista la data cînd s-a făcut antibiograma și care ar putea să fie sensibil la antibioticul indicat de antibiogramă ca nefiind eficace. Apoi aspectul unei antibiograme este schimbător la intervale destul de scurte, pentru că flora microbiană este și ea variabilă. Mai ales la bolnavii cronici (supurații bronșice, bronșite cronice, afecțiuni traheobronșice determinate de focare infecțioase dentare, amigdaliene, sinuzale), care folosesc cantități mari de antibiotice de toate felurile și în scheme de tratament anarhice, nelogice și rău conduse (timp insuficient de tratament, cantități insuficiente, cu care nu se pot obține concentrații sanguine eficiente pentru bacteriostază), antibiograma poate să arate tablouri variate și rapid schimbătoare, nesemnificative. Se pot trage astfel concluzii eronate, nocive pentru bolnavi, și poate să survină înmulțirea germenilor care devin rezistenți la antibiotice. Modificarea antibiogramei se explică lesne prin faptul că germenii sensibili la antibioticul „X" vor dispărea din populația microbiană, în care vor ajunge să predomine, după cîtva timp, germenii deveniți rezistenți. Aceștia, înmulțindu-se (pentru că nu sînt distruși de antibiotic), vor deveni majoritari.

*

— Tovarășe doctor, vă rog să-mi recomandați schimbarea locului de muncă!

La reluarea activității (după concediul medical de cîteva luni și după încetarea tratamentului) se recomandă bolnavului să evite eforturile fizice obositoare și să nu lucreze într-un loc de muncă unde se produc schimbări bruște de temperatură, sau în frig și umezeală, sau în căldură mare.

Medicul de întreprindere este cel care urmează să ia legătura cu factorii care vor decide aplicarea indicațiilor date de medicul specialist.

În unele cazuri de boală bronhopulmonară cronică (bronșite cronice, bronhopneumopatii obstructive) se poate recomanda și evitarea locurilor de muncă în care există noxe pentru aparatul respirator: aburi, gaze iritante, praf, scame, pulberi metalice.

Această recomandare, ca și schimbarea locului, devin inutile dacă bolnavul nu se lasă de fumat, pentru că inhalarea fumului de tutun este oricum mai dăunătoare pentru trahee, bronhii, plămîni și restul organismului decît noxele amintite, care nu sînt totdeauna nocive.

Dacă însă aceste noxe ajung într-un aparat respirator deja iritat cronic de fumul de țigară, este de la sine înțeles că ele se cumulează cu fumul. Dacă nu ar fi așa, toți strungarii, frezorii și sudorii ar trebui să fie bolnavi de plămîni sau bronhii. Or, este fapt constatat că în special fumătorii sînt afectați de acțiunea noxelor citate.

N. EVIAN
Doctor în științe medicale
Medic primar

Desene de NIC NICOLAESCU

Fără cuvinte

MINICOD DE COMPORTARE CIVILIZATĂ

În dispensarul policlinic

— Respectați-vă rîndul la consultație. Numai astfel dați dovadă că vă respectați pe dumneavoastră!

— Cînd intrați în cabinet, nu neglijați amănuntul că este vorba de o vizită la medic și nu de una la rude. Deci, nu uitați că omul vine, dar mai și pleacă!

— Nu dați buzna în cabinet, chiar dacă simulați cine știe ce suferință. Pe sală așteaptă oameni cu mult mai bolnavi, dar cu mult mai puțin talent actoricesc!

— Sistemul de a lua bonuri la toate specialitățile odată și apoi de a vă revendica prioritatea în fața ușilor respective nu este un sistem de lăudat. Niciodată nu poți fi primul în toate!

— Chiar dacă sînteți nemulțumit de faptul că medicul nu v-a acordat concediul dorit sau trimiterile solicitate, nu este cazul să ieșiți trîntind ușa și vociferînd pe sală. Oricum, cei de pe sală nu vă pot oferi hîrtiile pe care le revendicați. Ei vă pot certifica, eventual, doar drept scandalagii!

— Sub influența alcoolului nu se capătă mai mult curaj și nici tratamentul nu este mai eficient!

— Transformarea policlinicii într-un loc unde se poate afuma sala este nerecomandabilă. Aruncarea țigărilor pe jos și stingerea lor prin strivire sub pantof este o modalitate care nu trebuie practicată nicăieri — nici pe trotuar, nici acasă, nici la servici — dar mai cu semă într-un lăcaș al sănătății!

— Prezentarea din proprie inițiativă la unele servicii, de regulă deosebit de solicitate (radiologie, laborator de analize medicale), nu este admisă. Vă trebuie neapărat o recomandare. Altfel, vă expuneți fie la riscuri, fie la examene complementare inutile, care nu ar face decît să sporească aglomerația. Dacă nu aveți asupra dumneavoastră trimiterea specialistului nu vă mirați dacă sînteți tratați ca musafirii nepoftiți!

— Consumarea semințelor de bostan sau floarea-soarelui, prăjite cu sare, și scuiparea coiilor pe jos reprezintă nu numai o sursă de murdărie oriunde, ci și una de infecție, cu atît mai mult cînd ele sînt proiectate pe pardoseala policlinicii!

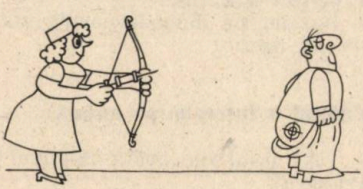
— Nu deranjați medicul de gardă din policlinică, cu fleacuri, doar din dorința de a vă consulta cineva, eventual mai repede!

— Cînd pentru un fapt banal veniți însoțiți de cîteva persoane — rude, prieteni sau vecini — alaiul nu ajută, totuși, cîtuși de puțin, nici măcar în cazul unei migrene, putînd da mai mare bătaie de cap!

— Obiceiul unora de a-și lua suveniruri de prin locurile unde trec este la fel de condamnabil și cînd este vorba de o instituție care are un caracter profund umanitar, iar trecerea respectivilor pe aici va fi, oricum, de tristă amintire. Tăierea huselor sau îmbrăcămintei canapelelor din sălile de așteptare, scrijelirea sau murdărirea pereților, descompletarea instalațiilor sanitare sînt acte care nu au nici o justificare nici aici, nici în altă parte. Scrierea numelor pe pereți, chipurile pentru aducerea aminte a trecerii sale pe aici, ilustrează înțeleapta zicală românească: „Numele proștilor pe toate gardurile!"

— Nu vă certați cu soția sau viceversa pe sălile policlinicii. Nu confundați sălile acestei instituții, unde se îngrijește sănătatea, cu culoarele instituțiilor unde se împarte dreptatea.

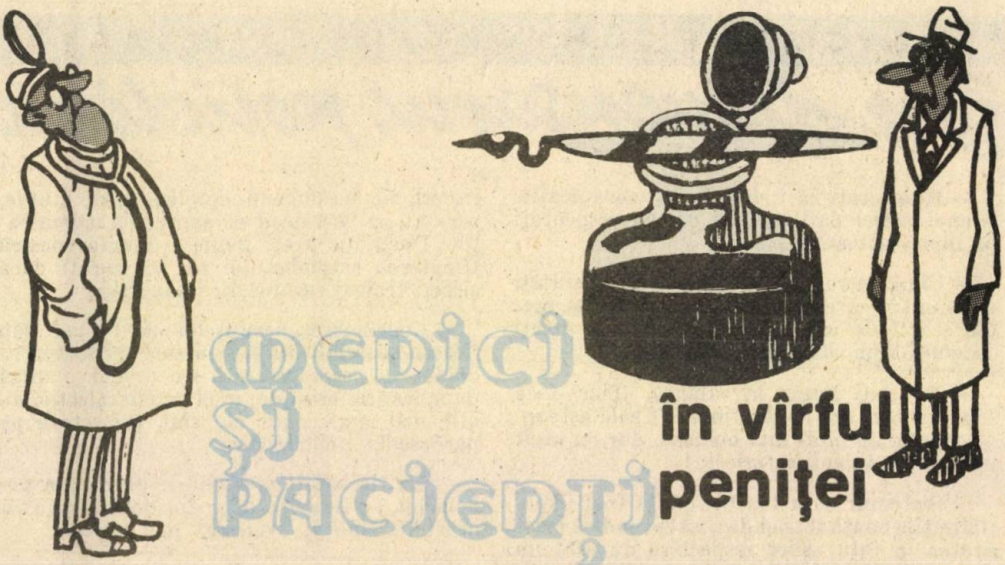
C. FLORIN



Fără cuvinte

Fără cuvinte

Desene de NIC NICOLAESCU



Medici și pacienți în vîrful peniței

Consult:

— Nu vă supărați, dom'doctor, anul trecut mi-ați recomandat să mă feresc de umezeală. Am venit să vă întreb: pot să fac o baie?!!

La medic:

— Doctore, mă simt foarte rău. Am călătorit în tren cu spatele spre locomotivă.
— De ce n-ai rugat pe cineva să schimbați locul?
— N-aveam pe cine. Eram singur în compartiment!

Clientul o întreabă pe farmacistă:

— Cum se deschide flaconul acesta?
— Aveți toate lămuririle în interiorul lui.
— ?!?

Dialog:

— Ce mai faceți?
— Mulțumesc, bine, domnule doctor!
— Dar soția?
— Și ea este bine!
— Dar copiii?
— Îmi pare rău pentru dumneavoastră, domnule doctor, și copiii sînt bine!

La medicul legist:

— Cum ai putut să-i arunci soției cu pietre în cap? Asta drept mulțumită că ți-a servit la masă găluște!
— Să vedeți, domnule doctor, eu i-am aruncat în cap găluștele, nu pietre, cum susține ea!

Recomandare:

— Ca să nu-ți dăuneze, după fiecare păhărel de țuică pe care îl bei este bine să mănînci un măr.
— Îmi pare rău, mi-e imposibil. Nu pot să mănînc 20 de mere pe zi.

Doctorul încearcă să-și îmbărbăteze pacientul:

— Nu vă neliniștiți. Eu am suferit de această boală-și, după cum vedeți, acum sînt perfect sănătos.
— Da, dar pe dumneavoastră v-a vindecat alt medic!

Medicul o întreabă pe mamă:

— Tot timpul șchioapătă băiețelul dumnoavoastră?
— Nu. Numai cînd merge!

Culese și selectate de:
Dr. **RADU CÂRPINIȘAN**

SAREA ...în bucate

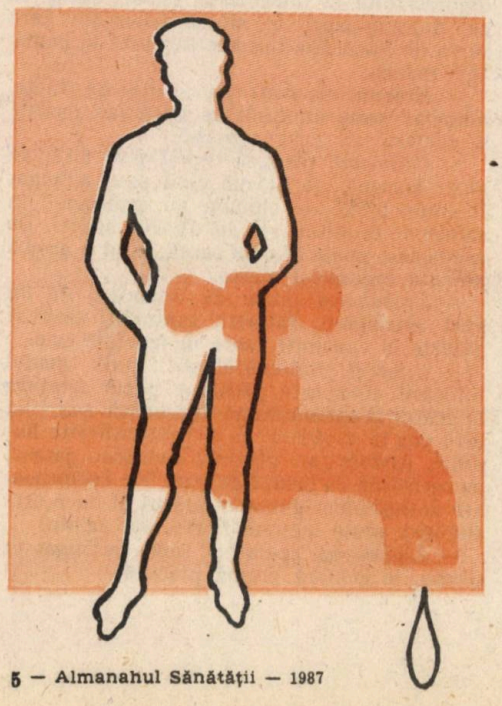
Sarea era cunoscută şi consumată de toate popoarele din antichitate. De atunci datează asocierea dintre pîine şi sare, ca fiind elementele de nedespărţit din hrana omului; a rămas pînă în zilele noastre tradiţia, de a se oferi oaspetelui pîine şi sare, semn al omagiului şi, totodată, simbol al unei hrane îmbelşugate.

Molecula de clorură de sodiu, adică de sare, este formată din două elemente deosebit de importante: *clorul* şi *sodiul*. De reţinut este faptul că sodiul favorizează reţinerea apei în organism. Un gram de sare fixează în organism circa 100 mililitri de apă.

Organismul omului conţine aproximativ 175 g sare, repartizată majoritatea în lichidul extracelular.

Circulaţia apei în organism este reglată în cea mai mare măsură de sare, prin fenomenul de osmoză. Prin osmoză înţelegem fenomenul care se produce între două soluţii de concentraţie diferită, separate de o membrană permeabilă sau semipermeabilă, cum este, de pildă, intestinul.

Sarea se găseşte sub formă de clorură de sodiu, în cantitate mai mare în alimente de origine animală (ouă, lapte, brînză, carne), decît în cele de origine vegetală (legume şi fructe). De aceea animalelor ierbivore trebuie să li se suplimenteze raţia de sare. Un procedeu este şi acela de a li se da, din cînd în cînd, să lingă sare, completîndu-şi astfel deficitul în sare din furajare.



Eliminarea sării din organism se face în cea mai mare parte prin urină şi în mai mică măsură prin piele, sub formă de transpiraţie, în timp ce pe cale digestivă (prin fecale) se elimină cel mai puţin.

Consumul de sare în exces este tot atît de dăunător ca şi eliminarea ei din alimentaţie. De aceea, în anumite boli, medicul poate hotărî adăugarea, diminuarea sau suprimarea sării din hrana bolnavului.

Alimentaţia unui om sănătos conţine 10—15 g de sare pe zi. O alimentaţie obişnuită, la care nu se mai adaugă sare, aduce aproximativ 2 g de sare pe zi.

S-a dovedit că nou-născuţii hrăniţi cu laptele matern sînt mai bine dezvoltaţi decît cei hrăniţi artificial. Putem aminti că sarea pe care o conţine laptele de femeie este de 0,5—0,8 g la litru.

La copilul antepreşcolar (1-3 ani) nevoia crescută de sare este acoperită prin adăugarea ei în mîncare, în cantitate de aproximativ 1,5 g pe zi. La această vîrstă necesarul de sare se apreciază la 0,05 g/kilocorp/zi. Kilocorp înseamnă că se consideră 0,05 g pentru fiecare kilogram de greutate, deci greutatea în kilograme se înmulţeşte cu 0,05 g. De pildă, un copil în greutate de 15 kg trebuie să consume pe zi 0,75 grame de sare ($15 \times 0{,}05 = 0{,}75$). În practica zilnică această cantitate este măsurată cu vîrful de cuţit, care conţine aproxmativ 0,25 g. Adică se adaugă în mîncarea copilului, de două — trei ori pe zi, cîte un vîrf de cuţit de sare.

La copilul preşcolar (4—6 ani) cantitatea necesară de sare adăugată în alimentaţie creşte la 3 g pe zi, iar la copilul şcolar, de 7—12 ani şi pînă la adolescenţă, cantitatea de sare adăugată în mîncare se măreşte pînă la 5—6 g pe zi.

La adolescenţi, pînă la maturitate, cantitatea de sare necesară să fie adăugată în mîncare creşte proporţional cu vîrsta, ajungînd pînă la aproximativ 10 g pe zi.

La femeia în perioada de sarcină alimentaţia normală trebuie să aducă aproximativ 15 g de sare provenită din alimente, astfel: 5 g din alimente diferite, 5 g din pîine şi 5 g adăugate la prepararea mîncării. Deci 5 g se adaugă la mîncare. La femeile în perioada

de sarcină excesul de sare în mîncare poate provoca retenție hidrică (reținerea apei în țesuturile organismului), datorită unor leziuni renale (boli ale rinichiului) necunoscute pînă atunci la femeia respectivă. O retenție hidrosalină (o păstrare a apei în țesuturi, datorită unui exces de sare) poate să scadă elasticitatea țesuturilor și forța de contracție uterină în timpul travaliului. Datorită acestui efect negativ se recomandă scăderea cantității de sare în alimentație în ultimele 2 luni de sarcină și — mai ales — în ultimele 2—3 săptămîni.

Adulților le este necesară și suficientă o cantitate de aproximativ 10 pînă la 15 g de sare pe zi.

La vîrstnici, cantitatea de sare adăugată în mîncare trebuie scăzută pînă la 8 sau 10 g pe zi.

În alimentația sportivilor trebuie să se țină seama ca efortul fizic depus să fie proporțional cu pierderile de lichide.

Se spune că „sarea este amica apei". Așa se explică de ce organismul, în unele boli, este pus în situația de a nu putea să elimine excesul de sare ingerat. În anumite boli de piele este indicată o restricție salină în alimentație, ca și în obezitate, în cursul tratamentului cu corticosteroizi (Cortizon, Prednison, Superprednol etc.). Sarea mai este contraindicată și la bolnavii cu insuficiență cardiacă, renală sau cu ciroză hepatică. O altă problemă dezbătută de mai bine de 4 000 de ani este și cea a hipertensiunii arteriale. Există un raport direct între sarea consumată și valorile tensiunii arteriale.

Din experiențe simple, la îndemîna oricui, se poate ajunge la concluzia că sarea se poate înlocui cu succes prin „ierburi" care dau un gust deosebit de plăcut mîncării. Verdețurile, așa-numitele „ierburi", prezintă o importantă sursă de vitamină C, încă insuficient valorificată și atît de necesară organismului. De pildă, 100 g de verdețuri, formate din mărar, pătrunjel sau leuștean, conțin peste 100 mg de vitamină C.

Arta condimentării este foarte veche, datînd, probabil, din cele mai vechi timpuri ale omenirii. Deoarece ea presupune un anume rafinament, se crede că a apărut într-o epocă în care civilizația începea să se dezvolte. În Evul Mediu, alimentația fiind mai săracă, datorită economiei precare, i-a determinat pe oameni să „mascheze" sărăcia mîncărurilor prin întrebuințarea diferitelor condimente. Oamenii săraci se mulțumeau cu condimente locale (mărar, cimbru, leuștean, chimen etc.), în timp ce bogații plăteau prețuri enorme pentru procurarea unor mirodenii cu arome exotice neobișnuite (foi de dafin, enibahar, scorțișoară etc.), aduse de peste ocean. De pildă, unul dintre mirodeniile scump plătite era piperul.

Condimentele sînt ingrediente adăugate în diferite preparate culinare. Ele nu au o valoare nutritivă, fiind întrebuințate numai pentru a da gust plăcut și pentru a stimula apetitul. Condimentele care pot înlocui cu succes sarea sînt multiple. Acestea sînt deosebit de folositoare pentru realizarea celor mai dificile regimuri fără sare. Iată și cum se pot folosi cele mai recomandate arome, pentru a da rezultatul dorit pentru sănătatea noastră:

— *Oțetul*, adăugat în diferite salate (de ardei copți, de castraveți), sosuri (marinate), ciorbe (de fasole verde).

— *Sucul de lămîie*, pus în supe, ciorbe (grecească), salate de crudități, de conopidă etc.

— *Borșul*, adăugat în ciorbe, pe lîngă gustul agreabil aduce și o cantitate importantă de vitamine din complexul B.

— *Boiaua dulce*, obținută prin măcinarea ardeiului dulce de Banat, adăugată în sosul alb din regimul lacto-făinos, îi dă culoare și îi schimbă monotonia, făcîndu-l mai apetisant.

— *Usturoiul* (verde sau uscat), tăiat mărunt și stropit cu oțet, poate fi servit peste fasole verde, sub formă de salată sau adăugat peste rasol de vacă. Sub această formă, alimentele sînt ingerate cu plăcere, chiar și în lipsa sării.

— *Ceapa* se întrebuințează foarte des la prepararea sosurilor. Prin înlocuirea tehnicii culinare obișnuite cu alte metode care să păstreze calitățile organoleptice (gustul și mirosul) ale cepei, se pot îndepărta substanțele iritante din compoziția ei. În acest scop ceapa se fierbe și se lasă la scurs. Se taie felii rotunde, dacă se adaugă la salate. Atunci cînd se pune în mîncare, se taie mărunt sau se toacă, apoi se frige într-o tigaie de teflon sau într-una obișnuită, uscată (neunsă). Astfel preparată, ceapa nu este dăunătoare organismului și înlocuiește gustul sărat cu cel dulceag-aspru al mîncărurilor din care sarea de bucătărie lipsește sau este în cantități reduse.

— *Hreanul* ras și stropit cu oțet de fructe, adăugat peste un rasol de vacă sau pasăre, îi conferă un gust agreabil.

— *Chimenul*, pisat și trecut prin sită, dă gust deosebit de plăcut cînd este adăugat în supe (supă de chimen cu crutoane), în salate de crudități sau în diferite sosuri. De asemenea, poate înlocui sarea, dînd o aromă plăcută legumelor fierte.

— *Enibaharul* (piper de Jamaica) dă un gust astringent, datorită taninului care se găsește în cantitate mare în fructele sale.

— *Cimbrul* îmbunătățește mult gustul mîncării cînd este presărat peste friptura la grătar și carnea fiartă înăbușită sau cînd este pus în tocătură, ca și peste diferite budinci, cartofi „au gratin", musaca, pateuri cu carne sau cu brînză de vaci. De asemenea, are același efect gustativ plăcut și dacă este adăugat peste legume fierte sau salate.

— *Leușteanul*, spălat și tăiat, adăugat în ciorbe, le conferă aromă plăcută.

— *Pătrunjelul*, spălat și tăiat, se presară în supe sau se adaugă în sosuri. Astăzi în bucătăria modernă satisface și gusturile cele mai rafinate. Se aromatizează astfel: fripturi, borșuri, salate, sosuri etc.

— *Tarhonul*, spălat și tăiat, se adaugă în supe, sosuri sau în salate de crudități.

— *Mărarul* este cunoscut din cele mai vechi timpuri de către egipteni; astăzi, spălat și curățat, se poate folosi în tocături (perișoare, chiftele, ruladă), în diferite sosuri (sos de mărar format dintr-un sos alb, la care se adaugă mărar, sau sos polonez etc.), ca și la prepararea conservelor (murăturilor).

— *Foile de dafin*, adăugate în sosuri (de roșii, bulion), dau un gust și o aromă plăcută mîncării. Se mai pot întrebuința în orice mîncare fiartă sau înăbușită (la cuptor), ca de pildă: tocăniță de cartofi, mîncare de varză, sărmăluțe, pește la cuptor etc.

— *Vanilia* dă o aromă plăcută în preparatele dulci. Se întrebuințează foarte mult în preparate, ca: ciocolată, înghețată, creme, patiserie, bomboane, lichioruri, compoturi etc.

— *Scorțișoara și cuișoarele* (pisate și cernute) sînt condimente aromate care înlocuiesc gustul sării, cînd sînt întrebuințate în patiserie, în sosuri (marinate), fripturi; de asemenea, conferă un gust particular, deosebit de agreabil, vinului.

— *Coaja de lămîie sau de portocală*, rasă fin, dă o aromă plăcută deserturilor.

Toate condimentele se adaugă numai după ce mîncărurile au fost fierte, deoarece principiile active organoleptice se eliberează numai la temperatură inferioară celei de fierbere.

Legume foarte apreciate și des întrebuințate în scopul aromatizării mîncărurilor sînt tomatele (roșiile). Ele pot fi folosite ca atare, în diferite salate de crudități sau în sosuri (fierte înăbușit, cu foi de dafin, în puțină apă, apoi strecurate). Astfel, sosul de roșii poate fi turnat peste budinci (de orez, paste, cartofi) înainte de a le băga la cuptor, sau în supe, dînd culoare și gust plăcut, înlocuind gustul de sare.

În arta culinară sînt numeroase tehnici culinare care, întrebuințate rațional, pot da gust mîncării și în lipsa sării.

Pentru a face un sos gustos și inofensiv, se procedează astfel:

— chiftelele (de carne, cartofi sau de zarzavat), după ce s-au preparat, se pun la cuptor, nu la foc iute, într-o tavă unsă cu untdelemn; cînd s-au prăjit pe o parte se întorc să se rumenească și pe partea cealaltă;

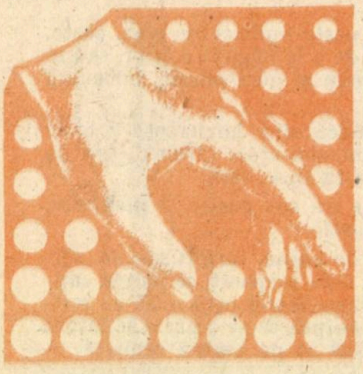
— friptura, băgată la cuptor cu untdelemn și puțină apă, în care s-a pus chimen sau cimbru, este mai gustoasă, oricum, decît un rasol fiert în apă simplă.

De reținut este faptul că piperul, paprica sau alte substanțe picante reprezintă o veritabilă agresiune îndreptată împotriva stomacului, ficatului și a sănătății, în general, dacă se folosesc în mod excesiv, irațional. Se impune puțină voință, în vederea corijării acestor greșite obiceiuri alimentare, care nu sînt cu nimic în favoarea sănătății noastre.

Regimul fără sare, afară de faptul că favorizează scăderea tensiunii arteriale, mai are avantajul că nu slăbește organismul și nici nu-l îngrașă.

De subliniat este faptul că mîncarea fără sare este monotonă, mai puțin gustoasă și greu de consumat timp mai îndelungat. De aceea prezentarea sub o formă aspectuoasă a mîncării contribuie la obținerea rezultatului dorit, adică la posibilitatea consumării acestor mîncăruri pe toată perioada cît este indicată restricția de sare.

ILEANA ȘERBĂNESCU-BERAR
Specialistă în nutriție și dietetică



PASTILE PENTRU GURMANZI

— Balastul de grăsimi acumulate în organism se datorește... slăbiciunilor!

— Calea lui în viață? Calea... bucală!

— Gurmandul spunea tuturor că, în timpul mesei, el... nu deschide gura!

— Nu am slăbit măcar un gram, deși am ascultat zilnic emisiunea de gimnastică!

— Era un cardiac care „nu-l lăsa inima"... ca să nu mănînce de toate!

— O groapă se poate săpa cu sapa, dar și cu... lingura și furculița!

— Tocmai visam că slăbisem 25 kg, cînd s-a rupt patul cu mine!

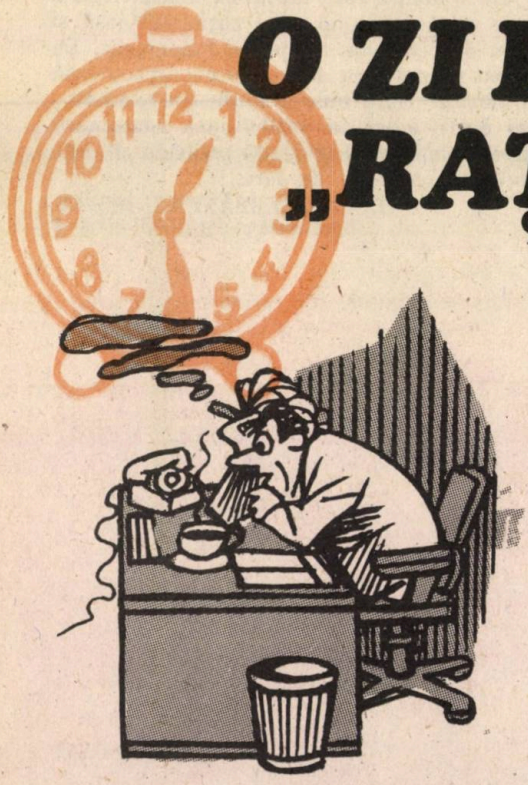
— Gurmandul nu s-a săturat, pînă nu și-a mîncat și... zilele!

— Fiindcă era un soț foarte gurmand, îi mînca soției... viața!

— Era atît de gurmand, încît mînca și... literele!

Ing. I. NEGREANU
Membru al Clubului epigramiștilor „Cincinat Pavelescu"

O ZI DE VIAȚĂ „RAȚIONALĂ"



În zori cînd sună ceasul, eu sar din pat grăbit,
Încep o nouă zi, voios și odihnit.

Duc viață rațională, după un plan precis.
Și ziulica-ntreagă și toată noaptea-n vis.

Mă uit la geamul mare, pe orișicare vreme,
Și fac mișcare multă, cu sportul n-am probleme.

Piciorul stîng la dreapta și dreptul înapoi,
Mă-nvîrt ca titirezul și trunchiul mi-l îndoi.

Ridic o mînă-n sus și ochii spre tavan,
Sar capra peste scaune cu îndoit elan.

Spre baie-apoi mă-ndrept în ritm de maraton
Și cînt cu voce tare, deși-s complet afon.

Cu multă apă vara, dar iarna cu ulcica,
Mă spăl bine de tot, întocmai ca pisica.

Și-astfel înviorat și foarte zîmbitor,
Mă-ntorc, mîndru de mine, din nou în dormitor.

Acolo, la oglindă, îmi pun costum cochet,
Dar nu văd pijamaua rămasă pe parchet.

Dau foc la aragaz, îmi pun de-o cafea tare —
Și pînă fierbe apa, aprind și o țigare.

Și trag adînc în piept, mai fac un rotocol,
Nu vreau să beau cafeaua chiar pe stomacul gol!

Cu mic-dejunul gata mă-ndrept către bufet,
Căci vreau să iau cu mine la slujbă un pachet.

Nu-i un pachet cu pîine, cu șuncă sau jumări,
E un pachet mai fin, e unul de... țigări.

Așa, gătit de ducă, grăbit cum se cuvine
Mă-ndrept către ieșire, trag ușa după mine.

Deși-s la catul unu, mereu obișnuiesc
Cu liftul — zece trepte — să nu mă obosesc.

Serviciul mi-e aproape, pe jos — zece minute,
Eu însă iau tramvaiul, ca să ajung mai iute.

Într-un picior pe scară, ghiontit și îmbrîncit,
Ajung tîrziu la slujbă, mofluz și obosit.

M-așez încet pe scaun, văd totul ca prin ceață,
Se schimbă ziua-n noapte, mă-ntunec și la față.

Noroc de-o fumătoare, brunetă și drăguță,
Ce numai pentru noi, aduce-o cafeluță.

O sorb cu o țigară și simt: vigoare-mi crește
De parc-aș bea din apa cea vie, din poveste!

Fumez că-mi place fumul amar și parfumat,
Nu înțeleg pe unii ce vor aer curat!

Alene trece ziua spre ora de plecare
Și toți își poartă gîndul la casă și mîncare.

Mă-ndrept ca și-altă dată spre cîrciumioara mea;
M-așteaptă-acolo postul de filozof sadea.

Tăcut îmi sorb licoarea, cu firea-mi visătoare
Și simt o greutate ce cade în picioare.

În mîna mea paharul se clatină discret
Și tremură coniacul ce-l duc la gură-ncet.

Cu ochii larg deschiși, mă uit și văd prin fum,
Un chip ce-mi este drag, departe dus acum!

Văd ochi-albaștri mari și zîmbetu-i amar
Și totul se destramă, se pierde în pahar.

Cer plata după asta și scutur întristarea;
Afară s-a lăsat de-acuma înserarea.

O iau încet spre casă, mă-mpiedic de-un amic
Și, curios, pămîntul se leagănă un pic.

Constat, ajuns acasă, că blocul e debil,
Se mișcă-ncet covorul și mobila mea stil.

La masă mă așez, simt greața cum apare,
Îmi trece iute foamea și pofta de mîncare.

Fac duș apoi, fumez cu sete, mai beau un păhărel;
Mă culc tîrziu și singur, dar nu adorm defel!

E drept că pentru noapte, să dorm, eu iau buline,
Așa cum fac mereu, de luni și ani de zile.

. . . . . .
. . . . . .

În zori, cînd sună ceasul, eu sar din pat grăbit
Și-ncep o nouă zi, voios și odihnit!

SOFIA ALEXANDRU

CONSERVAREA ALIMENTELOR

Alimentele sînt materii absolut necesare organismului pentru buna sa funcţionare, avînd atît rol plastic, cît şi energetic, prin aportul de elemente nutritive: protide, glucide, lipide, apă, săruri minerale şi vitamine.

Păstrate în condiţii necorespunzătoare, alimentele îşi modifică proprietăţile fizico-chimice, se alterează, ceea ce înseamnă, de fapt, micşorarea sau chiar dispariţia valorilor nutritive.

Alterarea alimentelor poate fi produsă de agenţi *fizico-chimici* şi *biologici*. Dintre agenţii care provoacă fizic sau chimic alterarea alimentelor, în principal, menţionăm:

— aerul: prin conţinutul său în oxigen şi umiditate;

— lumina solară: prin radiaţiile ultraviolete (în special);

— căldura: prin creşterea vitezei reacţiilor provocate de ceilalţi factori fizico-chimici.

Modificările de natură fizico-chimică se manifestă prin schimbarea proprietăţilor organoleptice (culoare, miros, gust) şi constituie primul stadiu al alterării.

Pentru a preveni acţiunea acestor agenţi fizico-chimici, alimentele trebuie păstrate în recipiente închise sau bine învelite în hîrtie-pergament sau parafinată. Se folosesc, de asemenea, vase opace sau sticle colorate (verzi sau brune). Depozitarea alimentelor la temperaturi scăzute, la aproximativ 0°C, previne alterările provocate de căldură.

Stadiul avansat al alterării se datoreşte *agenţilor biologici*, care determină modificări importante în compoziţia alimentelor, ajungînd pînă la distrugerea totală a valorii lor nutritive. Mai mult, un aliment alterat constituie o sursă de îmbolnăviri, cu atît mai grave, cu cît pot cuprinde o întreagă colectivitate.

Alterarea biologică se caracterizează prin degradarea produsă atît de microorganisme (mucegaiuri, drojdii, bacterii) sau enzime, cît şi prin prezenţa, uneori concomitentă, a toxinelor produse de microorganisme.

Astfel, *botulismul* este o intoxicaţie alimentară gravă, datorită toxinei germenului anaerob (germen microbian care se dezvoltă în absenţa oxigenului liber) şi sporulat *Clostridium botulinum*, cu care pot fi contaminate atît alimentele de natură animală, cît şi cele de origine vegetală.

Alterările biologice se manifestă sub formă de mucegaiuri, fermentare, putrefacţie, stadiul final caracterizîndu-se prin dispariţia proprietăţilor specifice materiei organizate.

Împotriva agenţilor biologici se folosesc multiple metode prin care se urmăreşte un efect bacteriostatic (împiedicarea dezvoltării şi înmulţirii microorganismelor) sau bactericid (distrugerea microorganismelor).

O problemă mai dificilă o constituie distrugerea sporilor — forme de rezistenţă ale microorganismelor — care se găsesc adesea în alimente, alături de formele vegetative ale acestora.

Dintre metodele folosite pentru preîntîmpinarea alterării alimentelor, pentru asigurarea conservabilităţii lor, menţionăm:

I. *ÎNCĂLZIREA* alimentelor un anumit timp, la o temperatură mai mare de 100°C, maximum 120°C, asigură distrugerea totală a microorganismelor (forme vegetative şi sporulate), cît şi a enzimelor.

Prin încălzirea la temperaturi de 60°C—90°C se asigură conservarea produselor lichide (sucuri de fructe, bulion de pătlăgele roşii, lapte) pentru o perioadă scurtă de timp, deoarece în aceste condiţii se distrug numai formele vegetative.

II. *RĂCIREA* la temperaturi scăzute determină scăderea activităţii microorganismelor, care încetează la —15°C. În aceste condiţii este încetinită şi activitatea enzimelor.

Conservarea prin răcire este însă limitată la durata răcirii, deoarece, odată cu creşterea temperaturii, microorganismele îşi reîncep activitatea.

Rezultate bune se obţin prin congelarea rapidă, care are ca efect oprirea imediată a activităţii microorganismelor. Totodată ţesuturile alimentelor sînt protejate, deoarece apa cristalizează microscopic.

Legumele, fructele, peştele, carnea se congelează rapid la —40°C şi se depozitează apoi la —18°C; în acest fel se păstrează mai mult de un an, fără ca proprietăţile organoleptice iniţiale să se modifice, iar conţinutul în vitamina C se păstrează aproape în totalitate.

III. *USCAREA* împiedică dezvoltarea microorganismelor prin deshidratarea parţială a alimentelor care, în general, conţin foarte multă apă. Astfel, carnea are circa 75%, fructele aproximativ 80%, iar unele legume au peste 90%. Prin uscare se ajunge la un conţinut în apă de 10—20%.

Uscarea naturală (căldura solară) se foloseşte în special pentru fructe: caise, struguri pentru stafide etc.

Uscarea artificială foloseşte aerul cald ca agent de uscare al legumelor şi fructelor. Pentru a se evita modificările caracterelor organoleptice şi pierderile în vitamine, temperatura nu trebuie să depăşească maximum 85°C, iar tehnica aleasă trebuie să asigure un echilibru între temperatură, viteza şi umiditatea relativă a aerului.

Majoritatea vitaminelor rezistă la uscare, dar se pierd la păstrare, astfel că legumele şi fructele uscate nu pot fi considerate surse sigure de vitamine.

IV. *FILTRAREA STERILĂ* poate îndepărta microorganismele, dar se aplică numai anumitor alimente lichide, cum sînt sucurile de fructe.

V. *SĂRAREA* este folosită la conservarea alimentelor de origine animală, în special, şi în mai mică măsură la cea a legumelor.

Sarea adăugată alimentelor acţionează direct asupra microorganismelor. De asemenea, acţionează şi indirect, prin deshidratare parţială, creînd astfel un mediu neprielnic dezvoltării lor.

Acţiunea antiseptică a sării este dependentă de concentraţia sa. Adăugată în proporţie de 6%, sarea nu are efect antiseptic, ci, dimpotrivă, favorizează dezvoltarea unor microorganisme implicate în prepararea murăturilor.

Peste 20%, sarea are acţiune bacteriostatică şi chiar bactericidă pentru unele microorganisme, dar nu distruge sporii şi toxinele.

Ca urmare a acţiunii deshidratante a sării, peştele pierde 30% din apa sa de constituţie, carnea de vacă 25%, iar cea de porc, grasă, 10%. Concomitent, carnea absoarbe o cantitate ce poate ajunge, în cazul peştelui, pînă la 25% din greutatea sa.

Se sărează numai peştele foarte proaspăt, deoarece toxinele existente în cel învechit sau alterat nu sînt distruse de sare.

În cazul legumelor, conservarea prin sărare se asigură numai cu cantităţi mari de sare, pînă la 30%. În acest mod, sarea are în primul rînd un rol deshidratant şi apoi unul antiseptic.

Acest procedeu de conservare a alimentelor, bazat pe acţiunea simultană — antiseptică şi deshidratantă — a sării, poate fi folosit cu bune rezultate.

Un dezavantaj îl constituie însă faptul că, prin deshidratare, odată cu apa, se pierd şi însemnate cantităţi de substanţe nutritive stabile.

VI. *AFUMAREA* completează acţiunea conservantă a sării, aducînd totodată îmbunătăţiri caracterelor organoleptice ale alimentelor.

Fumul acţionează prin efectul antiseptic al fenolilor, cresolilor, aldehidei formice etc., care se exercită numai la suprafaţa alimentelor.

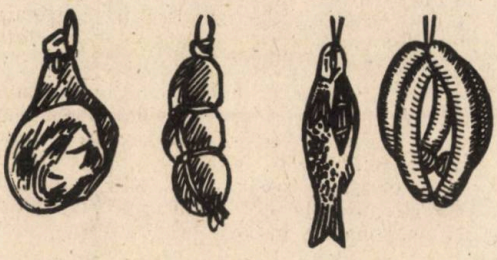
Mirosul şi gustul de afumat, precum şi culoarea galben-aurie se datoresc gudroanelor şi acidului acetic rezultate prin arderea lemnului.

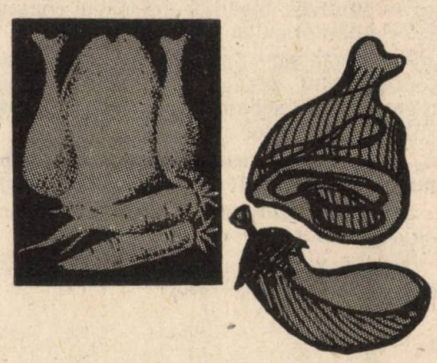
Temperatura fumului produce totodată o deshidratare şi o coagulare superficială a cărnii.

Afumarea se poate practica la 40°C, timp de cîteva zile pînă la cîteva săptămîni sau la 80°C, timp de numai cîteva ore.

VII. *ACIDULAREA* se realizează pe cale artificială, prin adăugare de oţet, sau pe cale naturală, prin provocarea fermentaţiei lactice. Conservarea se datoreşte acţiunii antiseptice a acidului acetic şi a acidului lactic.

Conservarea cu ajutorul oţetului se aplică în special peştelui, realizîndu-se aşa-numitele





„marinate". Pentru o bună conservare este necesară o concentrație de 3—6% oțet, la care se adaugă și aproximativ 6% sare. Pentru prepararea marinatelor este indicat peștele gras, în special cel de mare. Marinatele au o durată limitată, deoarece cantitățile de sare și oțet nu asigură sterilitatea preparatelor.

În cazul alimentelor de natură vegetală, pentru prepararea murăturilor în oțet, concentrația de echilibru a oțetului trebuie să fie de minimum 3% acid acetic, la care se adaugă 2% sare, condimente, aromatizante.

Conservarea prin fermentare lactică se folosește numai la produsele de origine vegetală. Prepararea murăturilor este de fapt un lanț de fenomene biochimice și microbiologice, care au ca scop producerea la maximum a acidului lactic, care inhibă dezvoltarea microorganismelor de alterare.

Pentru o bună conservare este necesar:

— să se adauge sare pînă la 6%; se face o selecție a microorganismelor și nu se împiedică activitatea fermenților lactici;

— să se creeze un mediu anaerob (murăturile să fie acoperite în totalitate de lichid);

— să se depoziteze murăturile la temperaturi optime.

În condițiile de aerobioză și de creștere a temperaturii, acidul lactic este distrus treptat de mucegaiul alb *(Oidium lactis)* și de drojdiile sălbatice care se dezvoltă la suprafața murăturilor și astfel începe alterarea.

Spre deosebire de murăturile în oțet, cele preparate prin fermentație lactică au valoare alimentară, deoarece conțin în special vitamina C. Totodată, acidul lactic împiedică dezvoltarea bacteriilor de putrefacție intestinală și stimulează peristaltismul intestinal.

VIII. *ADĂUGAREA DE ZAHĂR*. Zahărul nu este un antiseptic ci, dimpotrivă, în cantități mici constituie un mediu prielnic dezvoltării mucegaiurilor și drojdiilor.

Soluțiile concentrate de zahăr — de peste 65% — asigură conservarea prin efectul lor hipertonic, care determină plasmoliza (distrugerea) celulelor microorganismelor.

IX. *FOLOSIREA ANTISEPTICELOR*

Legile sanitare îngăduie folosirea conservanților alimentari în anumite limite.

Antisepticele întrebuințate la conservarea alimentelor sînt adăugate în cantități mici și, în general, nu schimbă proprietățile acestora și compoziția lor chimică.

În practică, la conservarea alimentelor se mai folosesc și alte procedee, cum ar fi:

— adăugarea alcoolului etilic în concentrație de peste 14%;

— introducerea în grăsimi fierbinți, care formează un strat protector.

Conservarea alimentelor reprezintă o problemă importantă, cu multiple implicații majore în ceea ce privește sănătatea colectivităților umane.

Atenția care se acordă acestui domeniu a crescut mai ales de cînd s-a constatat că unele specii de *Aspergillus* și *Penicillium* au capacitatea de a produce metaboliți cu activitate carcinogenetică.

Intoxicarea acută cu aflatoxină B_1 — reprezentantul cel mai important și cel mai toxic al acestui grup de micotoxine și cel mai studiat — produce degenerarea grăsoasă a ficatului, urmată de modificări cirotice și tulburări hepatice mortale.

Micotoxicoza aflatoxinică poate fi confundată cu intoxicația cu fosfor galben, hidrocarburi halogenate, compuși cu arsen sau cu hepatită acută.

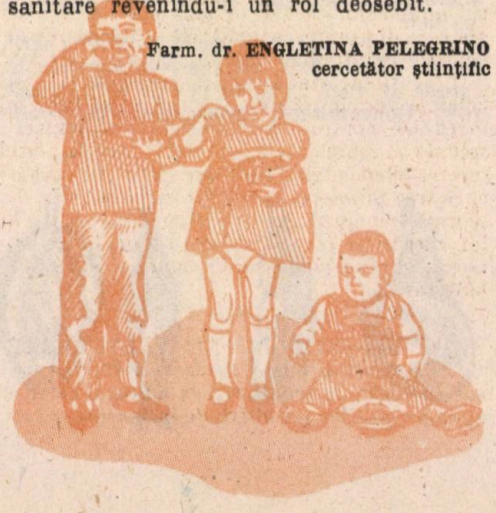
Aflatoxina B_1 produsă de specii de *Aspergillus* și *Penicillium* poate apărea pe oricare aliment, în special pe cereale, pe care se dezvoltă, doza letală pentru om fiind de 1—10 mg/kilocorp.

Unii cercetători susțin că toxicozele de natură alimentară, alături de lipsa proteinelor, au, în anumite regiuni ale globului, un rol esențial în procentul ridicat de morbiditate și mortalitate prin cancer hepatic.

Se impun măsuri drastice în controlul și asigurarea conservabilității produselor, deoarece dezvoltarea fungilor producătoare de toxine poate deveni frecventă.

Materiile prime destinate producției alimentare și farmaceutice, produsele finite trebuie ferite de contaminarea cu microbi și mucegaiuri, în această privință educației sanitare revenindu-i un rol deosebit.

Farm. dr. ENGLETINA PELEGRINO
cercetător științific



DEVIAȚIILE COLOANEI VERTEBRALE

CUM APAR ȘI CUM LE PUTEM PREVENI ȘI TRATA

Pentru „homo erectus" poziția în picioare este poziția cea mai caracteristică. Ea este posibilă grație alcătuirii deosebite a coloanei vertebrale umane. Dar pentru a ajunge la forma ei de astăzi a fost necesară o îndelungată evoluție de-a lungul istoriei speciilor, evoluție determinată de necesitățile adaptării la mediu.

ANATOMIA ȘI FUNCȚIA COLOANEI VERTEBRALE UMANE

Ax al corpului, coloana vertebrală este alcătuită din suprapunerea a 33-34 de piese osoase — vertebrele (fig. 1). Regiunea gîtului este formată din 7 vertebre cervicale (fig. 1,1), cea a trunchiului din 12 vertebre toracice (fig. 1,2), cea lombară din 5 vertebre lombare (fig. 1,3). Ultimele 9—10 vertebre sînt unite în 2 oase, sacrul (format din 5 vertebre, fig. 1,4), așezat între oasele bazinului, și coccigele (format din 4 sau 5 vertebre, fig. 1,5), care este omologul cozii de la mamifere. Vertebrele sînt unite între ele prin numeroase discuri și articulații și susținute de un număr important de ligamente și mușchi. Complexul sistem muscular al coloanei vertebrale este supus unui amănunțit și sever control al sistemului nervos și, în primul rînd, al celui care asigură echilibrul. Sistemul nervos primește în fiecare moment nenumărate informații de la periferie, dinăuntru și dinafara corpului (de la tegumente, articulații, mușchi, ligamente etc.). Aceste informații multiple sînt combinate cu cele primite de la organele de simț (ochi, canalele semicirculare ale urechii interne, specializate anume pentru înregistrarea poziției corpului în spațiu etc.). Într-un interval de timp extrem de scurt aceste informații sînt înregistrate și analizate la nivelul centrilor nervoși, care emit ordine motorii, filtrate și coordonate, la toți mușchii coloanei, determinînd poziția corpului.

Practic rectilinie în planul frontal (planul corpului paralel cu fruntea), coloana vertebrală prezintă în planul sagital (planul antero-posterior) o serie de 3 curburi: o curbură cervicală cu convexitatea anterioară (lordoza cervicală), o curbură dorsală cu convexitatea posterioară (cifoza toracală) și o curbură lombară cu convexitatea anterioară (lordoza lombară) (fig. 1). Prezența acestor curburi mărește rezistența coloanei vertebrale la eforturile de compresiune axială pe care ea le suportă. S-a demonstrat experimental că rezistența unei coloane ce prezintă astfel de curburi este proporțională cu patratul numărului curburilor plus unu. Astfel, coloana umană cu cele 3 curburi ale sale din planul sagital are o rezistență de 10 ori mai mare decît a unei coloane rectilinii și rigide.

Grație acestei alcătuiri complexe și a sistemului de susținere și control, coloana vertebrală umană reușește să facă față celor două imperative majore mecanice, contradictorii, care îi sînt impuse. Pe de o parte coloana vertebrală trebuie să reprezinte un ax rigid, care să permită susținerea trunchiului și protejarea elementelor nervoase (măduva spinării și originea nervilor rahidieni) care trec în lungul canalului vertebral (fig. 1,6). Pe de altă parte coloana vertebrală trebuie să fie suplă și mobilă, pentru a permite efectuarea nenumăratelor mișcări pe care le facem cu toții, în fiecare zi, în cursul actelor curente ale vieții, și pînă la mișcările sigure și elegante care ne încîntă la gimnaști sau balerine.

EVOLUȚIA COLOANEI VERTEBRALE

Pentru a ajunge la aceste performanțe coloana vertebrală a trebuit să sufere o serie de modificări de-a lungul celor 300 de milioane de ani care separă apariția peștilor primitivi, de la începutul erei primare, de omul secolului XX.

Se pot distinge 3 mari perioade în cursul acestei îndelungate evoluții, perioade ce corespund celor 3 mari grupe de vertebrate ce se succed: peștii, tetrapodele și antropoidele, din care face parte și omul.

Coloana vertebrală a peștilor prezintă numai o singură curbură. Trecerea de la pești la tetrapodele capabile să meargă pe pămînt a impus modificări importante segmentelor coloanei vertebrale.

Regiunea cervicală a devenit prima mai mobilă, pentru a permite o mai mare libertate capului. Apoi segmentul lombar al coloanei a fost cel care s-a mobilizat și a devenit susceptibil să cîștige o curbură cu concavitatea posterioară, factor esențial în cucerirea verticalității.

Acum 4 milioane de ani, în epoca terțiară a evoluției, au apărut mamiferele și între ele primatele. Mai aproape de noi, în plină perioadă cuaternară, acum 75 000 de ani, omul din Neanderthal avea încă o ținută bipedă (pe 2 picioare), asemănătoare maimuțelor. Capul masiv, greoi, avea tendința să stea aplecat înainte, iar poziția în picioare nu era posibilă decît cu genunchii îndoiți. Apariția și dezvoltarea lordozei cervicale și a celei lombare a permis omului modern să aibă o ținută suplă și elegantă, să privească înainte sau să contemple cerul și să-și extindă complet genunchii.

Apărute pe parcursul evoluției biologice a speciilor, curburile coloanei își repetă istoria în timpul dezvoltării fiecărui individ. Coloana nou-născutului nu prezintă decît o singură curbură cu concavitatea anterioară. Spre a 4-a lună de viață apare lordoza cervicală, legată de ridicarea capului, iar spre a 10-a lună, lordoza lombară, determinată de începutul ortostatismului (fig. 2). Aceste curburi se vor accentua progresiv, pentru a atinge forma definitivă spre 10 ani.

TIPURILE MORFOFUNCȚIONALE ALE COLOANEI VERTEBRALE

Deși poziția în picioare este caracteristică omului, ea diferă de la o persoană la alta. Fiecare din noi avem modul nostru specific de a sta în picioare. Adesea putem recunoaște o persoană cunoscută numai văzîndu-i silueta. Cercetări efectuate pe grupe mari de populație au arătat că există 3 tipuri morfologice ale coloanei vertebrale, în funcție de valoarea curburilor ei sagitale. Acestor 3 tipuri morfologice le corespund, în mare, 3 tipuri funcționale.

Coloana vertebrală dreaptă, cu curburi sagitale puțin accentuate, chiar șterse (fig. 3b), favorizează activitatea dinamică și este întîlnită în special la persoane ce execută mișcări rapide, la sportivi. Coloana cu curburi exagerate (fig. 3c) corespunde unui tip funcțional static. Ea este mai adaptată muncilor de forță și durată, dar dezavantajează activitatea dinamică. Morfotipul mediu (fig. 3a), cu curburi sagitale de valoare medie (fig. 4), corespunde unui tip funcțional adaptat atît comportamentului dinamic, cît și celui static.

CREȘTEREA COLOANEI VERTEBRALE

Creșterea coloanei vertebrale nu este uniformă în tot decursul perioadei de dezvoltare a copilului. Studiile efectuate pe grupe mari de copii au demonstrat că există două perioade de creștere rapidă a coloanei vertebrale, între care se interpune o perioadă de creștere continuă, dar lentă. Prima perioadă de creștere accelerată a coloanei se întinde între naștere și vîrsta de 3 ani, iar a doua corespunde epocii prepubertare și pubertare. La fete perioada a II-a de creștere rapidă a coloanei se situează, cu aproximație, în jurul vîrstei de 11 ani, la începutul dezvoltării sînilor și apariției părului pubian. Prima menstruație apare 2 ani mai tîrziu față de începutul perioadei de creștere rapidă a coloanei. La băieți perioada de creștere rapidă apare cu 2 ani mai tîrziu decît la fete, în jurul vîrstei de 13 ani, puțin după apariția părului pubian. Creșterea la băieți se termină în jurul vîrstei de 17—18 ani, iar la fete în jurul celei 16—17 ani. Este vorba numai de valori medii, în jurul cărora pot exista oscilații importante.

Perioada aceasta de creștere și formare a coloanei vertebrale cu puseul ei de creștere accelerată prepubertară este și perioada în care ea este mai susceptibilă la influența diferiților factori ce pot determina modificări patologice, inițial funcționale (fără modificări ale formei vertebrelor), apoi chiar structurale (cu modificări ale formei vertebrale). Constituirea unei deformații la nivelul coloanei vertebrale îi va impune acesteia să funcționeze în noi condiții mecanice, anormale, ceea ce face ca aceste deviații vertebrale să evolueze pe cont propriu, pe toată perioada de creștere, chiar dacă a dispărut cauza inițială care le-a determinat. În plus, ajunse la o anumită importanță, aceste deviații vertebrale pot evolua lent—dar continuu—și după terminarea creșterii, din cauza condițiilor biomecanice defectuoase la care este supusă coloana vertebrală.

Fig. 1

Fig. 2

DEVIAȚIILE SAGITALE ALE COLOANEI VERTEBRALE

În planul sagital al corpului (planul antero-posterior) apariția unei deviații patologice va interfera cu curburile normale preexistente, accentuîndu-le, diminuîndu-le sau chiar inversîndu-le (fig. 5).

Unele deviații sînt reductibile și nu se însoțesc de modificări ale formei vertebrelor (deviații funcționale, nestructurale). Între 1 și 5 ani mulți copii au o lordoză lombară mai accentuată, abdomenul proeminînd înainte. Frecvent se asociază un picior plat și o deviație a genunchilor în valgus (membre inferioare în „X"). Această lordoză se corijează de obicei spontan, odată cu creșterea. Ea nu devine îngrijorătoare și nu necesită măsuri terapeutice speciale decît dacă persistă sau se agravează, mai ales în apropiere de puseul pubertar de creștere.

Prepubertar, numeroși copii, mai ales aceia care nu desfășoară nici o activitate fizică, au o poziție în picioare defectuoasă, cu accentuarea cifozei dorsale, a lordozei lombare sau a ambelor curburi (atitudine astenică). Determinată inițial de posturi (poziții) inadecvate (poziție șezîndă „astenică", care determină o cifoză largă a întregii coloane dorso-lombare, bănci școlare sau mese de lucru de mărime neadaptată la înălțimea elevului, defect de vedere necorijat, care îl obligă să se aplece asupra cărții etc. etc.), aceste deviații în plan sagital, mai ales în perioada de creștere rapidă pubertară, se pot permanentiza și structuraliza sub influența greutății corpului. Odată structuralizate (însoțite de modificări de formă ale corpilor vertebrali cu cuneiformizarea lor) ele devin rigide (nu se mai reduc) și evoluează pe cont propriu, agravîndu-se progresiv.

Alteori aceste deviații în planul sagital al coloanei evoluează de la început cu modificări de formă ale vertebrelor (deviații ireductibile sau structurale). Ele pot fi cauzate de deformații congenitale (din naștere) ale vertebrelor, determinînd curburi cu rază mică și cu aspect unghiular, ce apar evidente de la naștere sau din primele luni ale vieții. Unele sînt de o gravitate deosebită, antrenînd prin agravarea lor apariția unor complicații neurologice. De aceea impun o depistare și un tratament precoce. Alteori deviația poate fi consecința unei infecții (tuberculoză vertebrală cu distrugerea unor corpi vertebrali) sau a unui reumatism inflamator (spondilita anchilopoietică, care afectează de predilecție bărbații, adolescenți sau tineri).

Foarte frecventă este cifoza ce apare în cadrul bolii descrise de Scheuermann și care se datorește unei deficiențe a țesutului care alcătuiește placa ce mărginește superior și inferior un corp vertebral. Din cauza poziției defectuoase partea anterioară a corpului vertebral nu mai crește normal, apare o cifoză care devine rigidă și se accentuează progresiv. Descoperirea precoce a acestei cifoze și tratamentul ei adecvat duce la restabilirea formei și funcției normale a coloanei vertebrale.

Modificările patologice ale curburilor din planul sagital vor determina o funcționalitate anormală a întregii coloane. Zonele afectate își pierd mobilitatea (devin rigide), zonele neafectate vor căuta să compenseze curbura și vor fi suprasolicitate și funcțional, prin compensarea lipsei de mobilitate a zonei afectate. Aceasta va duce cu mult mai repede la apariția degenerării discurilor din vertebre și la apariția durerii.

DEVIAȚIA COLOANEI DIN PLANUL FRONTAL AL CORPULUI

Curburile apărute în planul frontal al corpului — scolioza (fig. 6) — au totdeauna o semnificație patologică. Ele pot fi funcționale, fără modificări structurale ale vertebrelor, cînd sînt determinate de cauze situate la distanță de coloană (inegalități ale membrelor inferioare, atitudini vicioase ale unui șold etc.), pe care o obligă să se încline compensator. Corijarea acestei cauze duce la dispariția scoliozei.

Cele mai frecvente și mai grave sînt scoliozele structurale, determinate de prezența unor modificări de formă (structură) a corpilor vertebrali. Ele pot fi cauzate de malformații congenitale (defecte de formare din naștere) ale vertebrelor (vertebre cuneiforme) (fig. 7a), vertebre sudate între ele în concavitatea curburii (fig. 7b) etc. Aceste scolioze sînt evidente de la naștere sau din primele luni de viață și unele au un grav potențial evolutiv. Boli neurologice ce

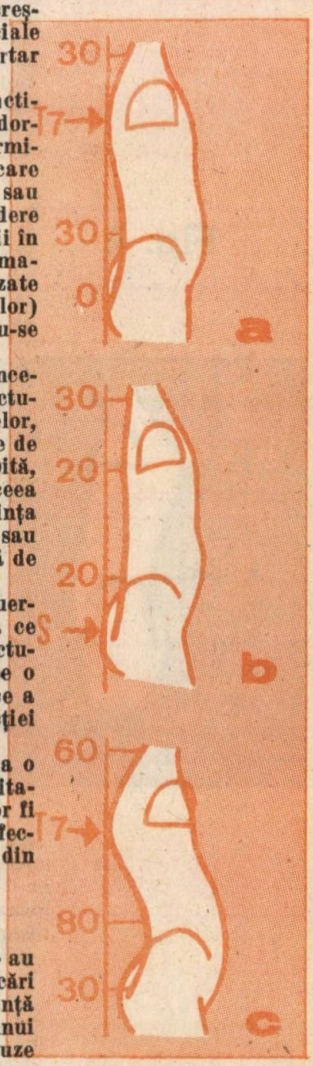


Fig. 3

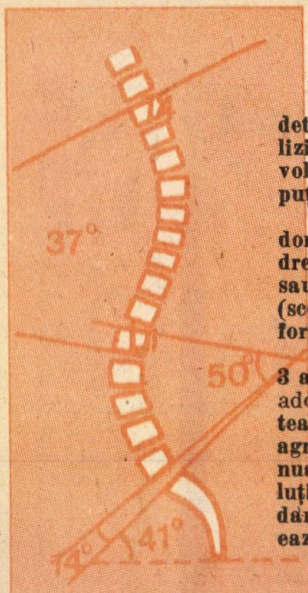


Fig. 4

determină asimetrii în funcția musculaturii paravertebrale (poliomielite, paralizii spastice infantile, sechele de encefalopatii etc.) vor genera apariția și dezvoltarea unei scolioze. La o mare categorie de scolioze cauza apariției este puțin cunoscută.

Aceste scolioze pot avea o singură curbură localizată la nivelul coloanei dorsale sau dorsolombare, prezentînd mai frecvent convexitatea de partea dreaptă (scolioză dorsală dreaptă, fig. 8 a, sau dorsolombară dreaptă, fig. 8b) sau la nivelul coloanei lombare, avînd convexitatea mai frecvent spre stînga (scolioză lombară stîngă, fig. 8 c). Alteori coloana are două curburi, luînd forma literei „S" (scolioză dorsală dreaptă și lombară stîngă, fig. 8 d).

Scoliozele pot apărea în primii trei ani de viață (scolioze infantile), între 3 ani și pubertate (scolioze juvenile) sau după apariția pubertății (scolioze ale adolescenților) și se agravează cu atît mai mult cu cît apar mai precoce. Afectează de predilecție fetele, dar nu sînt complet scutiți nici băieții. Ele duc, prin agravarea progresivă, la deformații grave, inestetice, ale trunchiului, la diminuarea capacității respiratorii și, în final, la alterare funcțională a inimii. Evoluția acestor scolioze este mai evidentă în perioadele de creștere accelerate, dar dacă au atins la sfîrșitul creșterii un grad important al curburii, ele evoluează lent, dar permanent, toată viața.

POT FI PREVENITE ȘI TRATATE DEVIAȚIILE COLOANEI VERTEBRALE?

Coloana vertebrală în perioada de creștere este ca un material plastic pe care nu trebuie să-l lăsăm sub influența factorilor nocivi deformanți. Mai ales pentru deviațiile din planul sagital posturile corecte în picioare sau în șezut, la masa de lucru sau în bancă, viața în aer liber, educația fizică și sportul sînt cele mai importante măsuri capabile să prevină apariția și dezvoltarea lor.

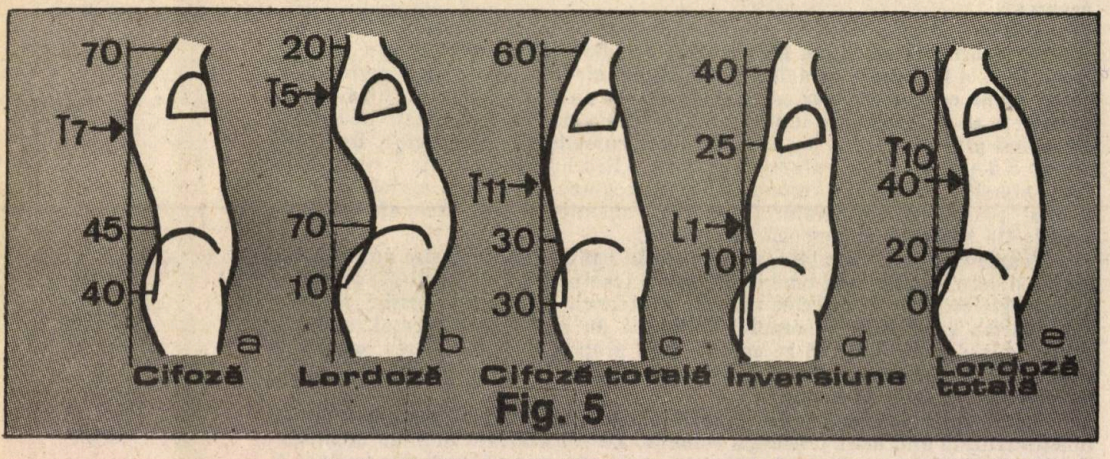


Fig. 5

Scoliozele sînt mult mai dificil de prevenit. Dar atît scoliozelor, cît și deviațiilor în plan sagital, cifoze sau lordoze, li se poate opune un tratament adecvat, cu atît mai eficient, cu cît este aplicat mai precoce.

Depistarea precoce este posibilă prin examinarea periodică a școlarilor — cel puțin o dată la 6—8 luni. Observația unei deviații vertebrale cît mai mici impune efectuarea unor examene suplimentare (consult de specialitate, examene radiografice ale coloanei, de preferință în poziție ortostatică etc.).

Diagnosticul odată stabilit, specialistul va alege mijloacele terapeutice cele mai adecvate fiecărui caz în parte. Aceeași plasticitate a coloanei vertebrale care o face susceptibilă influenței dăunătoare a factorilor nocivi, deformanți, permit și mijloacelor noastre terapeutice să corijeze sau cel puțin să oprească evoluția deviației.

Gimnastica medicală, redresarea cu ajutorul aparatelor gipsate sau a corsetelor ortopedice de diferite tipuri, în funcție de sensul și localizarea deviației, sau, în extremis, corecția chirurgicală pentru formele severe sînt capabile să obțină rezultate bune.

Gimnastica medicală — metodă deosebit de importantă — se utilizează singură numai în formele ușoare, neevolutive. Îndată ce deviația vertebrală și-a

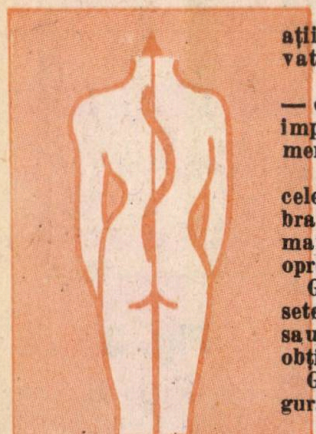


Fig. 6

făcut dovada agravării ei progresive gimnastica medicală nu mai poate singură să constituie un mijloc terapeutic. Este o greşeală gravă de a încerca să oprim evoluţia unei deviaţii vertebrale progresive numai cu gimnastică medicală.

În aceste cazuri evolutive corecţia cu aparate gipsate sau corsete ortopedice devine obligatorie. Tipul de aparat gipsat sau de corset, momentul aplicării, durata purtării lui vor fi stabilite de specialist, în funcţie de localizarea, sensul deviaţiei, importanţa şi evolutivitatea ei.

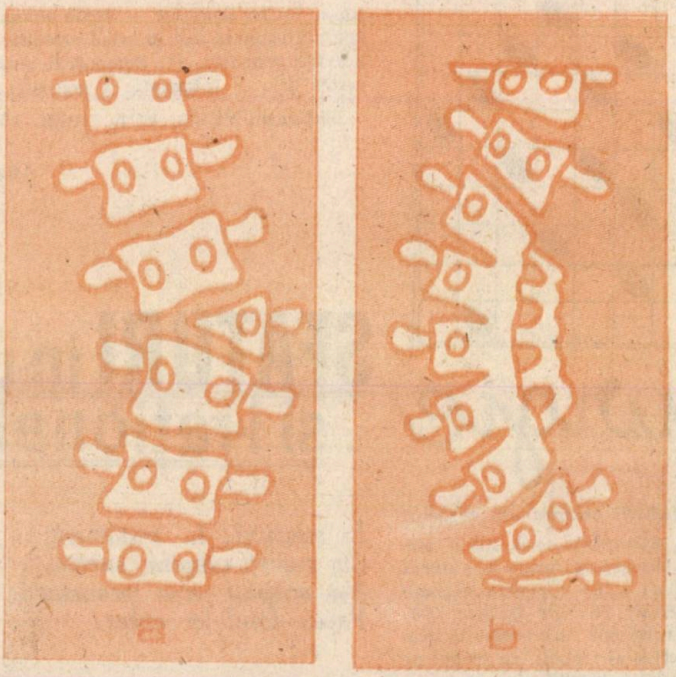
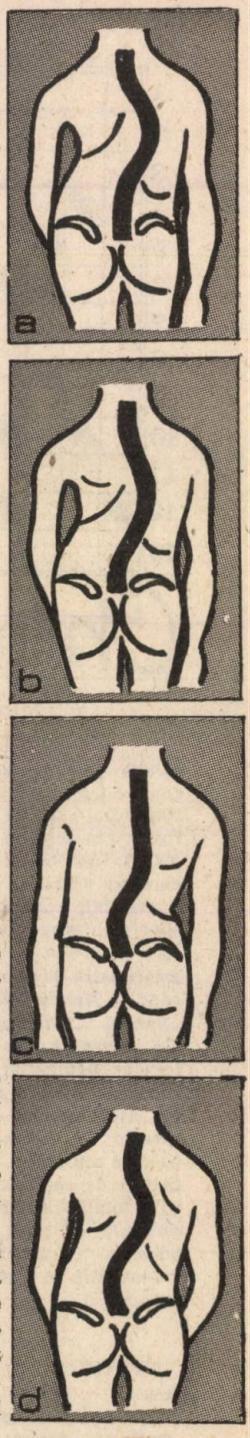


Fig. 7



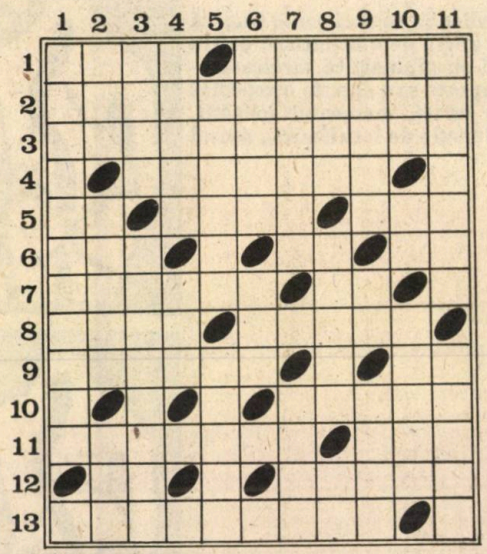
Tratamentul este de lungă durată şi, pentru a fi eficace, impune, din partea familiei şi a pacientului, o disciplină strictă, cu respectarea indicaţiilor medicale şi cu controale periodice (de obicei din 6 în 6 luni) pe toată perioada creşterii. Abandonarea tratamentului sau nerespectarea întocmai a indicaţiilor predispun la agravări şi la dezvoltarea unor curburi patologice importante, grave, a căror terapie este posibilă numai cu mijloace chirurgicale.

Terapia chirurgicală modernă, dezvoltată impetuos în ultimii 20 de ani, caută prin diferite mijloace să obţină o redresare a curburii vertebrale, dar în acelaşi timp şi o fixare completă a ei. Corelaţia curburii se face cu preţul pierderii mobilităţii segmentului vertebral respectiv. Cu cît curbura este mai gravă şi mai rigidă, cu atît intervenţia chirurgicală este grevată de mai multe riscuri, uneori majore. Rezultatele ei sînt însă de multe ori spectaculare, realizînd redresări cu peste 50—60% din valoarea curburii iniţiale.

Deviaţiile coloanei vertebrale au fost considerate multă vreme ca fiind foarte greu — dacă nu imposibil — de tratat. O depistare precoce, aplicarea la timp a mijloacelor conservatorii de tratament, ca şi progresele tehnice ale mijloacelor chirurgicale şi a celor de anestezie şi reanimare, au făcut ca terapia cifozelor, lordozelor, scoliozelor sau a cifoscoliozelor să fie astăzi cu mult mai eficientă. Studii permanente consacrate acestei patologii a coloanei vertebrale aduc mereu noi şi noi progrese, atît în înţelegerea apariţiei şi evoluţiei deviaţiilor coloanei vertebrale, cît şi în eficienţa metodelor terapeutice.

Dr. *DINU M. ANTONESCU*
Medic primar
Şef de lucrări la Clinica de Ortopedie
Spitalul Cantacuzino

Fig. 8



Chirurgie

ORIZONTAL: 1. Medicul chirurg din romanul „După o lungă și grea suferință", de B. Elvin (Miron) — Locul în care operează chirurgii. 2. Autorul romanului „Zile de nisip", având în centrul acțiunii figura renumitului chirurg Theodor Hristea (Bujor). 3. Intervenție chirurgicală care constă în deschiderea peretelui interior al traheii, cu scopul de a restabili respirația unui bolnav care prezintă simptome grave de sufocație. 4. Cresc la picioare (pl.) 5. Erete! — Orășel în Belgia — Înminez. 6. Exclamație de durere — Cuib! — Cer! 7. Trage la edec — Neîntrecut. 8. Localitate în Japonia — „Vara și ...", roman de Dan Mutașcu, în care unul din personaje este Hirurgul, un „doftor" devotat fervent Revoluției de la 1848. 9. Instrument de chirurgie în formă de sfredel — Loc gol! 10. Autorul (1916—1984) romanului „Salvați sufletele noastre", a cărui acțiune se desfășoară în noaptea pe care sculptorul Heronim și-o petrece la spital, înainte de operația despre care se presupune că îi va fi fatală (Laurențiu). 11. A înlătura pe cale chirurgicală un organ sau o porțiune dintr-un organ bolnav — Usturoiat (Tr.). 12. Dinșii — Grind fluvio-maritim în Delta Dunării. 13. Precede actul chirurgical.

VERTICAL: 1. Operație. 2. Partea lichidă a sîngelui — Tînărul chirurg din filmul „A fost prietenul meu", interpretat de Victor Rebengiuc — Prefix. 3. Medicul chirurg din romanul „Drumuri cu lună", de Romulus Fabian (Sergiu) — Operație chirurgicală prin care se taie și se înlătură, în parte sau în întregime, un organ sau un țesut. 4. Clasic al literaturii ruse (1860—1904), autorul nuvelei „Chirurgie" (A.P.) — Caneá. 5. Trîndavă. — Oțetit. 6. Parîme la navele cu pînze — Fluviu european. 7. Suma mizelor la jocul de cărți (pl.). — Medicul chirurg din nuvela „Speranța", de Ștefan Zweig. 8. Zăvor ((reg.) — Inginerul din nuvela „Lupta pentru viață", de Șerban Nedelcu, care suportă, cu succes, o operație pe cord deschis (Nicolae) — Vine după voi. 9. Sfios — Pense! — Întinse. 10. În acest loc — Vîrful seringii — Durere apărută spontan sau în urma excitării patologice a nervilor senzitivi. 11. Compoziții muzicale cu caracter liric — Inflamație a mucoasei unui organ.

Dicționar: VEER, VUR, NOZE, XEN.

ADAM STOICA

SFATURI in-utile și i-rație nale

În stațiuni, la tratament,
Ca s-aveți deplin succes,
Nu scăpați vreo procedură:
Faceți totul în exces!

Pentru afecțiuni mai grave
La rinichi sau la ficat,
Indicăm cura de ape
Și vinul nebotezat!

Unei inimi cam „ne-bune",
Ce-și pierde ritmul uneori,
Îi dorim distracții forte,
Din seară și pînă-n zori!

Și unui ficat sensibil
Ce-a trăit o hepatită,
Nu-i strică deloc fumatul
Și nici țuica clocotită!

Și-un plămîn mai obosește
Cînd fumează cu duiumul,
De aceea se cuvine
Mult coniac — să spele fumul!

Dacă tot bronșita veche
Îți face viața amară,
Nu fi-mpătimit, amice,
Schimbă marca de țigară!

Mișcarea este sănătate,
Ne-am convins deja cu toți,
De aceea se indică
Tot plimbări pe patru roți!

Dacă ai ajuns la ștrand,
Consumînd în drum benzina,
Profită de soare, apă
Și îți spală și mașina!

Cei cu regimuri desodate
— Visînd vacanța fermecată —
Cu grijă să evite marea,
Căci apa ei e prea sărată!

Dacă vrei să mai slăbești
Și să scapi de kilograme,
Învață să te hrănești
Doar cu „puncte", nu cu grame!

Dacă vrei să te simți bine,
Chiar pe munte, cînd te sui,
Îți recomandăm umbrela
Și pantofi cu tocul cui!

Mai recomandăm, de-asemeni,
Să bei mult și pe cinstite,
Pîn-ajungi pe două căi
Și acelea ocolite!

Dacă ai ambiții
Și pilești cum se cuvine,
Drumul drept îți pare
„Două căi alpine"!

SOFIA ALEXANDRU

SĂ ZÎMBIM PUȚIN...

La un birt, în luna decembrie

— Chelner! Ce ai rece în acest moment?

— Picioarele, domnule!

La un bufet „Expres"

— Dar ce v-a venit să faceți chef la un bufet „Expres"?

— Sînt foarte grăbit!

Între prietene

— Dragele mele, după operația de apendicită am pierdut 5 kilograme!

— Extraordinar! — a sărit o prietenă.

— N-aș fi crezut, în ruptul capului, ca un apendice să cîntărească atît de mult!

Investigație

— Locuiește cumva aici un oarecare Mielu?

— Nu! Aici stă familia Berbece!

— A... el trebuie să fie! Nu l-am mai văzut de vreo 20 de ani!

Între soți

Soția: — Spune-mi, dragul meu, după ce gătesc pentru cină, dau copiilor să mănînce, îi spăl și îi culc, ești de acord să mergem la un film?

Soțul: — Bineînțeles, dacă faci rost de bilete!

La o aniversare

— Nu vă supărați, sînteți mut? — întreabă o tînără pe partenerul de dans.

— Ferească sfîntul! Dar de ce mă întrebați?

— Pentru că aș prefera să-mi faceți curte fără mîini!

Între soți

— Mi-ai simțit mult lipsa ieri, draga mea?

— De ce? Nu ai dormit acasă?

Într-un magazin de încălțăminte

Clientul: — Aveți pantofi de șarpe?

Vînzătorul: — Da, domnule! Ce număr poartă șarpele dv.?

La o repetiție

Regizorul către un interpret:

— Principalul este să-ți trăiești rolul. Cînd începi s-o sugrumi pe Desdemona, gîndește-te tot timpul că-i nevasta ta!

Culese și selectate de:
I. MURGAN

MEDICINA SPORTIVĂ
—CLINICA OMULUI SĂNĂTOS—
MEDICINA VIITORULUI!

Conf. dr. IOAN DRĂGAN
Șef laborator Centrul de Medicină Sportivă

Cînd în anul 1928, la Saint Moritz, cu ocazia Jocurilor Olimpice de Iarnă, un grup de medici pasionați, cum au fost prof. Chailley Bert (Franța), prof. J. Kral (RSC), prof. Giuseppe la Cava (Italia) — cărora la scurtă vreme li s-a alăturat și reputatul specialist român prof. dr. Florin Ulmeanu — au pus bazele Federației Internaționale de Medicină Sportivă (scopul declarat prin statut al acestui for medical era de a asigura asistența medicală la competiții, precum și în caz de îmbolnăviri și traumatisme, iar mai tîrziu și acela de a întreprinde unele cercetări în vederea îmbunătățirii condițiilor de igienă și antrenament), puțini au fost aceia — în nici un caz fondatorii acestui organism — care să întrevadă drumul pe care-l va parcurge această nouă disciplină medicală pînă în zilele noastre. Și, ca să ajungem la prezent, iată cum este definită medicina sportivă, de către Consiliul delegaților Federației Internaționale de Medicină Sportivă, întrunit în ședința extraordinară la Roma, în 7 octombrie 1984: „... acea medicină teoretică și practică, care valorifică efectele exercițiilor fizice și sporturilor în asociere cu factorii de mediu asupra organismului uman, în scopul asigurării unei dezvoltări corecte și armonioase a organismului tînăr, a corectării unor deficiențe fizice și/sau funcționale sau a prevenirii acestora și a unor îmbolnăviri, a tratării unor îmbolnăviri sau traumatisme în cadrul terapiei complexe, a recuperării unor sechele morfofuncționale după îmbolnăviri sau traumatisme, a creșterii capacității de efort la sportivi, în vederea obținerii de performanțe sportive ridicate, în cadrul unei metodologii de antrenament științific fundamentat".

Iată deci o disciplină medicală profund preventivă, la îndemîna tuturor, sportivi sau nesportivi, tineri sau vîrstnici, bărbați sau femei, o medicină a tuturor, ce se regăsește în legislația noastră sanitară (Legea 3/1978, Legea ocrotirii sănătății populației) ca factor sanogenetic, de recreere după muncă, de optimizare a organismului antrenat pentru obținerea de performanțe sportive.

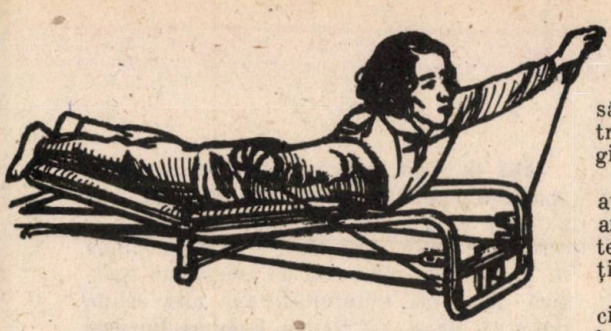
Trebuie s-o spunem deschis, fără falsă modestie, că dacă la începutul secolului nostru a explodat într-un fel medicina sportivă, strîns legată de evoluția sportului de competiție, care și-a pus amprenta asupra concepției medicinii sportive din primele decenii ale secolului XX, iar apoi la apariția medicinii aerospațiale, aceasta s-a inspirat din experiența medicinii efortului psiho-fizic, ulterior, mai exact în zilele noastre, medicina sportivă, prin mecanism de „feed-back", valorifică experiența înaintată a medicinii cosmice, care, datorită revoluției tehnologice, a ajuns pe culmi nebănuite omului anilor 1940/1960. Este într-un fel o satisfacție pe care specialiștii acestei discipline o trăiesc azi și, în același timp, un omagiu adus înaintașilor noștri care au contribuit și ei — involuntar poate — la progresele medicinii aerospațiale și azi — în acest fel — la progresul medicinii sportive.

Revenind la medicina sportivă și la mijloacele proprii de acționare — în cazul de față, așa cum am văzut din definiție, exercițiile fizice și sportul — trebuie să facem precizarea că aceste mijloace proprii, acționînd în asociere cu factorii naturali de mediu — apă, aer, soare —, se constituie într-un sistem organizatoric bine codificat din punct de vedere metodic și biologic — antrenamentul sportiv!

În fond ce este antrenamentul sportiv? Medicina sportivă definește antrenamentul sportiv ca un proces complex psihopedagogic, medicobiologic, sociocultural și metodic, de optimizare a homeostaziei mediului intern al organismului — de repaus și efort — și, prin aceasta, de promovare a standardului sanogenetic individual sau colectiv, de creștere continuă a randamentului biologic și — posibil — a eficienței pe terenul de sport, deci a performanței sportive și, nu în ultimul rînd ca importanță, de influențare directă a bunei stări mentale și fizice a individului și a longevității.

În medicină, noțiunea de antrenament o întîlnim pretutindeni.

Bineînțeles că antrenamentul, în general, cel sportiv în special, nu poate face abstracție de legitățile fiziologice fundamentale, cum ar fi: continuitatea, progresivitatea, accesibilitatea, individualizarea, complexitatea, caracterul sistematic, alternanța judicioasă a efortului, a ergotropismului cu refacerea, trofotropismul, folosirea excitantelor, eforturilor de intensități maximale și supramaximale etc., ultimele două fiind totuși specifice antrenamentului sportiv,

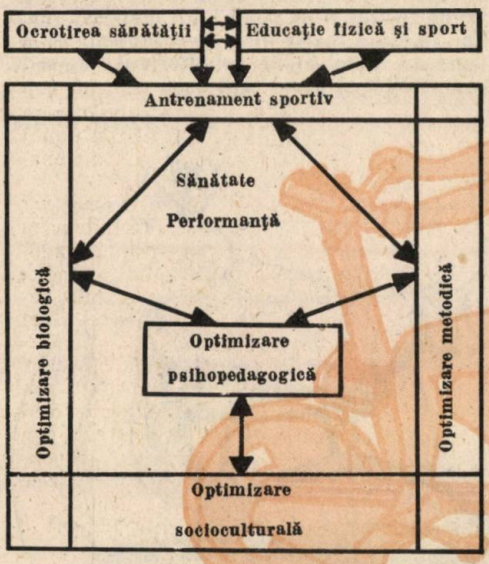


dar cu aplicativitate în orice formă de antrenament.

Este o realitate că noţiunea de antrenament se regăseşte în toate domeniile vieţii economico-sociale, entitatea antrenament sportiv derivînd din noţiunea de bază, iar în prezent, datorită unui avans apreciabil pe care-l are faţă de procesul de antrenament în general, expresie a exploziei fenomenului sportiv — de asemenea caracteristică pregnantă a secolului nostru — îşi poate revărsa unele efecte benefice asupra acestuia.

În cele ce urmează, încercăm o redare schematizată a celor prezentate, a antrenamentului sportiv şi a interrelaţiilor ce se stabilesc între factorii condiţionali.

Reprezentarea schematizată a antrenamentului sportiv şi a interrelaţiilor factoriale



Rezultă şi din această reprezentare schematizată faptul că antrenamentul sportiv reprezintă un proces plurifactorial, interdisciplinar, pe de o parte, iar pe de altă parte, că reflectarea unui antrenament sportiv optimizat asupra fiinţei umane se exprimă prin două constante inseparabile: sănătate şi performanţă; deci drumul spre performanţa sportivă trece prin noţiunea de sănătate individuală, în conceptul modern al sănătăţii, după cum drumul spre sănătate trece, obligatoriu, prin performanţa biologică, consecinţa antrenamentului sportiv.

Din punct de vedere metodico-pedagogic, au intrat în cotidian o serie de noţiuni, cum ar fi factorii antrenamentului sportiv: fizic, tehnic, tactic, moral-volitiv, teoretic-educaţional etc.

Ca expresie a întrepătrunderii tot mai eficiente a ştiinţei în dinamica antrenamentului sportiv, mai ales a medicinii sportive, ne permitem a susţine, din punct de vedere teoretic şi practic, lărgirea gamei factorilor antrenamentului sportiv prin acceptarea unui nou factor, anume factorul biologic.

Acceptînd această deschidere, am putea spune că într-adevăr primim şi concepem procesul de antrenament sportiv ca un proces multidisciplinar integrat. În fond, chiar dacă n-am accepta această corecţie teoretică, de nomenclatură, viaţa sportivă a validat-o de multă vreme, aşa încît nu ne rămîne decît să consfinţim o realitate a antrenamentului sportiv contemporan.

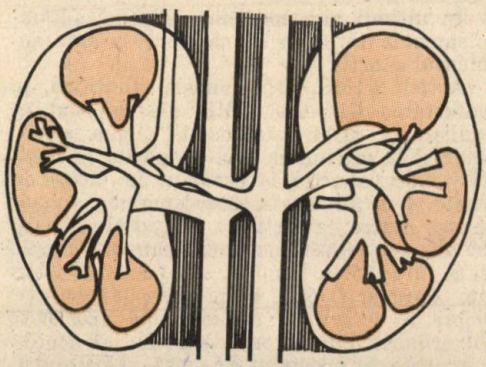
În ultimii ani, medicina sportivă s-a implementat din ce în ce mai mult în antrenamentul sportiv.

Astfel, FIMS, prin comisia ştiinţifică, la solicitarea CIO sau OMS, s-a implicat în elaborarea unor „statements", cum ar fi: sportul la altitudine medie, sportul la copii şi juniori, sportul la persoane în vîrstă de peste 50 de ani sau în elaborarea unor monografii, dintre care citäm: „Physical activity in disease prevention and treatment", apărută în 1985 la Padova, sub redacţia OMS etc. Care ar fi căile de progres, de perfecţionare a activităţii de medicină sportivă? În primul rînd, viitorul va trebui să acorde satisfacţie şi sportului de masă, celor mulţi, pe de o parte prin valorificarea concluziilor unor cercetări din sportul de performanţă, mereu în avans faţă de cel de masă, la restul populaţiei, iar pe de altă parte prin elaborarea unor cercetări simple, însă convingătoare, privind eficienţa şi mai ales formele de practicare adecvate fiecăruia dintre noi. Recreerea după muncă prin sport, creşterea randamentului în muncă, prevenirea îmbolnăvirilor şi traumatismelor, creşterea longevităţii, iată tot atîtea probleme ce încă îşi aşteaptă o fundamentare convingătoare, ştiinţifică.

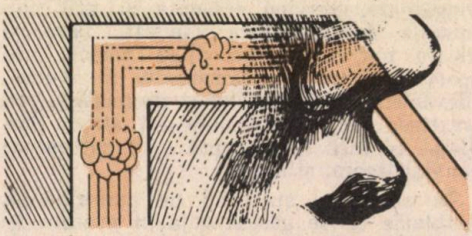
În domeniul sportului de performanţă, probleme ce se găsesc deja în mişcare îşi aşteaptă validarea terenului, cum ar fi: optimizarea antrenamentului sportiv şi a refacerii după antrenament, selecţia medico-biologică în sport, alimentaţia şi medicaţia efortului, optimizarea unor metodologii de recuperare după traumatisme, creşterea capacităţii de efort şi a obţinerii formei sportive la momentul planificat, pregătirea biologică de concurs, optimizarea stării de sănătate a sportivilor etc.

Iată în fond, succint, debutul medicinii sportive pe arenă mondială în 1928, drumul parcurs și momentul de față, aspirații și sarcini de viitor, de a căror realizare depinde în mod direct atributul de „medicina sportivă, medicina viitorului", mai ales acum, după cel de-al XXIII-lea Congres Mondial FIMS — Brisbane, 22—28. IX. 1986, dominat de tema: „*Sports for all, Health for all!*"

de la UNA la ALTA



• La Universitatea Duke, Carolina de Nord, și în R.F.G., calculii renali sînt fărîmițați cu ajutorul ultrasunetelor, cu condiția ca aceștia să nu depășească diametrul de 2,5 cm.



• Gripa poate fi vindecată cu ajutorul termoterapiei. Savantul A. Lwoff (premiul Nobel pentru medicină) a pus la punct un aparat cu ajutorul căruia se insuflă, în nasul bolnavului, aer cald, la 43°C, timp de 30 de minute. Trei ședințe, executate la 3 ore interval una de alta, pot vindeca gripa. Rezultate bune au fost obținute și la bolnavii cu rinite alergice.

• De curînd a fost pusă la punct fabricarea unei piei artificiale, ce poate fi folosită la bolnavii cu arsuri întinse. Această piele se fabrică din extract de piele de bou, cartilaj de rechin și un suport din material plastic. Tolerată foarte bine de organism, se integrează bine pielii primitorului, datorită compoziției și porozității sale.

Dr. SABIN IVAN

ŞTIŢI CE ESTE UN PRIESNITZ?

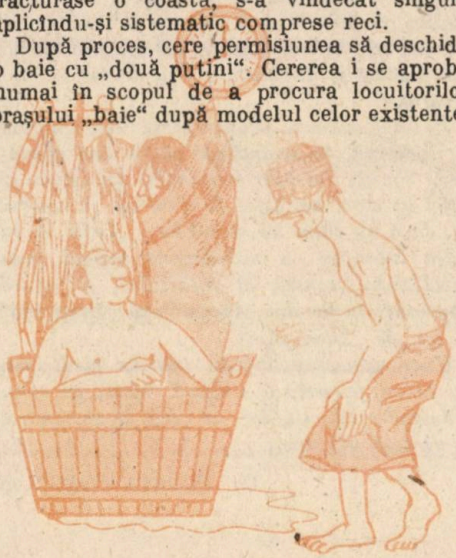
Născut la 4 octombrie 1799, Vincenţiu Priesnitz a fost fiul unui ţăran din Freiwaldau (Austria).

Încă de la vîrsta de 19 ani se făcuse cunoscut ca tămăduitor de „boale" şi era, deseori, solicitat mai curînd decît medicii acelor vremuri — deşi nu frecventase şcoli speciale.

Bineînţeles că lumea medicală a protestat vehement împotriva acestui „copil minune". Într-un memoriu adresat autorităţilor vremii, scrie, între altele: „E de neînţeles şi ruşinos pentru timpurile înaintate de azi că aşa-zisa clasă cultă, înaltă, boierimea, clerul, funcţionarii, ba chiar medicii, al căror nume le trecem sub tăcere — de clasele de jos, fără mijloace băneşti, nici nu pomenim — recurg la ajutoarele acestui ignorant". Drept răspuns, autorităţile judecătoreşti l-au condamnat pe Priesnitz pentru practică ilegală a medicinii, la carceră grea de... 4 zile. La judecată se petrecu un lucru nescontat de nimeni: martorii au susţinut că: „Medicii voştri ne-au luat banii, iar Priesnitz ne-a luat boala!"

Întrebat cum de i-a venit ideea metodei sale, el le-a răspuns că, fiind copil, observase cum o căprioară rănită venea zilnic să se scalde într-o apă curgătoare şi cum aceasta, după cîteva băi, s-a vindecat. Întîmplîndu-i-se şi lui personal un accident, în care îşi fracturase o coastă, s-a vindecat singur, aplicîndu-şi sistematic comprese reci.

După proces, cere permisiunea să deschidă o baie cu „două putini". Cererea i se aprobă numai în scopul de a procura locuitorilor oraşului „baie" după modelul celor existente.



Dacă intenţionează a-şi instala un „institut de hidroterapie", atunci, cum nu e medic, i se interzice a trata boli, iar baia va fi supravegheată de autorităţile sanitare şi, de va fi dovedit că practică ilicit medicina, va fi dat iar în judecată.

Oarecum dezamăgit, nicidecum descurajat, nu se lasă. Îşi modifică metoda.

Dintr-o scrisoare a unui pacient, reţinem în ce consta *metoda* lui Priesnitz. «În odaia de baie nu era nici o sobă, nici dulap pentru haine. Dezbrăcat, numai cu un cearşaf pe mine, intrai în odaia de baie, unde era o putină mare, umplută cu apă rece (era încă aprilie şi zăpada nu se topise). Îmi zise să mă bag în putină. Intrarea şi ieşirea din baie nu a ţinut decît o clipă. Apoi m-a studiat din toate părţile şi m-a felicitat. L-am întrebat: „De ce?"... „Deoarece — mi-a răspuns — pielea s-a înroşit peste tot după baie: e semn că vă veţi face bine. Dimineaţa şi după prînz veţi fi împachetat într-un cearşaf rece, veţi nădăuşi, apoi veţi intra în baie rece. După aceea vă veţi îmbrăca şi vă veţi plimba. Dimineaţa la opt lapte rece, acru sau dulce, cu pîine neagră, apoi odihnă pînă la ora 10; urmează o baie de şezut şi o fricţiune generală. La fiecare jumătate de ceas veţi băga mîna în apă rece, cu care apoi vă veţi uda gîtul!"»

În acest fel Priesnitz a devenit cunoscut în toată lumea şi, pe bună dreptate, îl putem considera ca întemeietorul hidroterapiei.

Acum, practic, cum procedăm cînd e vorba să ne aplicăm un „priesnitz"; înmuiem în apă rece, la temperatura camerei, o compresă de grosime şi mărime variabile, o stoarcem şi acoperim cu ea partea interesată (bolnavă). Peste aceasta întindem o folie de nailon, înfăşăm totul cu o faşă lungă, uscată, de preferinţă de lînă, în aşa fel încît compresa să fie acoperită şi lăsăm „priesnitz"-ul multă vreme.

(după „Uhu Ullsteins Magazin")
Dr. MIHAI MATEICIUC

„PORTRETE ÎN TABLETE“

COLECȚIONARUL DE REȚETE

Există tot soiul de colecționari, cită frunză și iarbă, de tablouri, de covoare, de monede vechi, de mărci poștale, de bilete de tramvai, de ambalaje de țigări, de etichete și cutii de chibrituri, de ziare vechi și chiar de șervețele de masă.

Categoriilor enumerate le-am putea adăuga pe aceea a colecționarilor de rețete medicale, pe care-i putem întîlni în sălile de așteptare ale circumscripțiilor medicale sau ale policlinicilor, așteptîndu-și rîndul la consultații.

Care e rostul prezenței lor? Nu consultația în sine îi interesează, ci dorința de a mai adăuga o rețetă, rețetelor pe care le au adunate, uneori în număr apreciabil. O rețetă azi, o rețetă mîine și, uite așa, se înfiripează colecția. Acesta este adevăratul scop al pasiunii lor. Obținînd rețeta de la medic, un astfel de colecționar o va compara cu alte rețete căpătate de la alți medici sau poate chiar de la același. Este vorba de o verificare „sui generis“ nu numai a competenței medicului, dar și a propriului lor diagnostic, și — de ce nu? — chiar „a stării de sănătate“...

Procedînd astfel luni și ani de zile, cercetînd cu amănunțime prescripțiile, firesc un astfel de pacient, vrînd-nevrînd, își îmbogățește cunoștințele medicale aparținînd diferitelor specialități. Bolnav sau nu, din dorința de a face o treabă cît mai completă, el va lua la rînd serviciile de consultații de tot felul. Și mai e ceva... Colecționarul de rețete nu este deloc egoist... El e gata, în orice clipă, să-și pună cunoștințele în materie de medicină la dispoziția celor care-l solicită sau care-l ascultă.

„Suferi de reumatism? Am o rețetă strașnică... O specialitate care face minuni... După o cură de cîteva zile simți că prinzi aripi“..., sau: „Ești chinuit de insomnii? Am o rețetă grozavă! Două pastile seara, la culcare, și dormi... dus“. Copiind rețeta, i-o oferă cu generozitate respectivului, înainte chiar ca acesta s-o solicite. Căci, ca orice colecționar, și colecționarul de rețete ține la originalele rețetelor sale, tot așa cum filatelistul, de pildă, ține la mărcile sale, avînd grijă ca în colecția sa să nu se strecoare vreun fals.

De multe ori am văzut cu cîtă grijă erau sortate rețetele, pe căprării, puse în plicuri și numerotate, iar la cei mai evoluați și mai pedanți chiar prinse în dosare, cu mare grijă, în ordinea primirii, pe medici, pe specialități, pe spitale, respectivul contemplîndu-le într-un adevărat extaz, cu bucuria de a fi adunat lucruri extrem de prețioase pentru sănătatea lui și a altora.

Colecționarul de rețete este aparent un om pașnic, cuminte, care nu supără pe nimeni, care nu face nimănui nici un rău, ci, dimpotrivă, numai bine. Și totuși, privind lucrurile mai atent, ne putem da seama că nu e chiar așa. Nu ne aflăm chiar în fața unui inocent. Mai mult, am putea spune că pasiunea lui aduce mai multe neajunsuri. Cum? În ce fel? În primul rînd, prin prezența sa atît de frecventă la consultații, răpind în mod deliberat — și de cele mai multe ori inutil — timpul medicului, frustrînd astfel dreptul unor veritabili suferinzi de a fi primiți la consultații. Și, cum mai întotdeauna un asemenea personaj este pisălog și nehotărît, lucrul devine și mai supărător.

Pe lîngă acestea, „colecționarul“ este ignorant în medicină, recomandînd altora sau oferindu-le copiile rețetelor originale, ajungîndu-se astfel la erori nelipsite de fantezia și umorul lor, dacă nu chiar de riscul lor. Astfel, se va putea întîmpla ca nedeslușind scrisul, mai întotdeauna neciteț, al medicului, să apară „Aprozal“ în loc de „Agozol“ sau „Diapazon“ în loc de „Diazepam“.

Unor asemenea intruși într-ale medicinii, noi le-am prescrie o singură rețetă, pe care, adăugînd-o colecției lor, ar reuși să se vindece de această pasiune.

Dr. *FLORIN COLONAȘ*

MORFINELE creierului

Cînd în urmă cu aproape 15 ani, profesorii Hans Kosterlitz şi John Huges din Aberdeen (Anglia) îşi expuneau rezultatele cercetărilor asupra prezenţei în ţesuturile mamiferelor a unor receptori specifici pentru morfină, în faţa participanţilor la Cursul internaţional „Mecanisme sinaptice" organizat la I.M.F. Iaşi, sub patronajul UNESCO, puţini realizam că de fapt se făcea un mare pas înainte în domeniul cunoaşterii bazelor neurochimice ale durerii şi a altor forme de activitate neuropsihică cu profunde implicaţii teoretice şi practice. Erau rezultate de etapă privind mecanismul de acţiune a morfinei, principalul factor activ din turta de opiu *(Papaver somniferum)*, ale cărei proprietăţi analgetice sînt cunoscute încă din inscripţiile sumeriene.

Prezenţa receptorilor morfinici în ţesutul nervos, sugerînd existenţa unor opiaţi endogeni în creierul mamiferelor prevăzuţi cu acţiuni similare morfinei, a dus în 1974—1975 la izolarea, identificarea şi caracterizarea chimică a peptidelor opioide denumite *enkefaline* şi *endorfine*, de către cei doi cercetători englezi. Din acel moment studiul opiaţilor endogeni a luat o mare amploare, alături de enkefaline şi endorfine, descoperindu-se în anii următori o a treia categorie de peptide opioide, denumite *dinorfine*. Pînă în prezent au fost descrise două enkefaline (metionil şi leucil-enkefalina), patru endorfine (alfa, beta, gama şi delta-endorfine) şi două dinorfine (A şi B). Din punct de vedere chimic, enkefalinele sînt peptide cu greutate moleculară mică, formate doar din 5 aminoacizi. În schimb endorfinele sînt peptide cu greutate moleculară mai mare, întrucît conţin între 16 (alfa-endorfina) şi 31 de aminoacizi (beta-endorfina) în lanţul polipeptidic, iar dinorfinele A şi B sînt formate din 17 şi respectiv 13 aminoacizi.

Principalele surse de peptide opioide sînt reprezentate de formaţiunile nervoase subcorticale, difuz şi inegal răspîndite, de la corpii striaţi pînă la măduva spinării, în cazul enkefalinelor. Spre deosebire de acestea, endorfinele sînt secretate de neuronii diencefalici concentraţi în jurul complexului hipotalamo-hipofizar şi mai ales de lobul anterior al hipofizei. La rîndul lor, dinorfinele se găsesc atît în ambii lobi hipofizari, cît şi în diferite arii subcorticale, de la hipotalamus pînă la bulb şi punte. Abundenţa terminaţiilor nervoase eliberatoare de peptide opioide la nivelul sistemului hipotalamo-hipofizar a sugerat posibilitatea participării acestora la reglarea proceselor neuroendocrine locale şi generale din timpul diverselor solicitări normale şi patologice.

Interesant este faptul că deşi s-au identificat imunohistochimic neuroni secretori specifici celor trei categorii de peptide opioide, hipofiza posedă capacitatea de a elibera endorfine şi enkefaline alături de ACTH (hormonul adrenocorticotrop stimulator al secreţiei de hormoni glicocorticoizi suprarenalieni) şi MSH (hormonul melanocitostimulator) dintr-o macromoleculă comună denumită *proopiomelanocortină*. Prin clivare enzimatică, aceasta eliberează în timpul stimulării complexului hipotalamo-hipofizar atît ACTH şi MSH, cît şi metil-enkefalină şi beta-endorfină. Dinorfinele provin, de asemenea, dintr-un precursor comun denumit *neoendorfină*, prezent în ambii lobi hipofizari.

Eliberarea peptidelor opioide în sînge şi lichidul cefalorahidian este calciu-dependentă şi inhibată de hormonii glicocorticoizi. Agenţii stresanţi chimici, fizici, biologici sau psihoemoţionali, stimulînd complexul hipotalamo-hipofizar, determină hipersecreţie nu numai de ACTH şi glicocorticoizi, ca principali hormoni ai stresului, ci şi de beta-endorfină hipofizară, cu rol inhibitor asupra dezechilibrelor neuroendocrino-metabolice locale şi generale provocate de stres. Posedînd proprietăţi modulatoare de tip neurosedativ şi inhibitor, hipersecreţia de peptide opioide din timpul stresului de diferite cauze realizează frînarea reacţiilor exagerate de stres şi binecunoscuta analgezie indusă de stările de suprasolicitare fizică sau psihică. Blocarea receptorilor specifici morfinei şi peptidelor opioide de către naloxon este urmată de exagerarea atît a reacţiilor nervoase şi endocrine de stres, cît şi de dispariţia efectelor analgezice. Pe aceste baze se atribuie în prezent peptidelor opioide un important rol antistres, dublat de reducerea sensibilităţii dureroase. În sprijinul acestui punct de vedere pledează şi efectele analgezice şi terapeutice ale acupuncturii care, după cum se ştie, creşte eliberarea de peptide opioide de la nivelul formaţiunilor neuroglandulare centrale.

Cît priveşte acţiunile diferenţiate ale opiaţilor, acestea depind de afinitatea lor faţă de cele 5 tipuri de receptori membra-

nari (miu, delta, kapa, epsilon și sigma), cu densitate variabilă la nivelul celulelor țintă. În general, excitabilitatea membranelor neuronale apare inhibată în prezența peptidelor opioide prin mecanismul scăderii conductanței pentru ionii de sodiu, a blocării adenilciclazei membranare și a reducerii sintezei de AMP ciclic ca mesager biochimic la nivel celular. În felul acesta, peptidele opioide acționează în sens inhibitor, atît asupra secreției de hormoni hipofizari, catecolamine medulosuprarenale, insulină sau glucagon pancreatic, cît și în cazul eliberării neuronale de mediatori chimici de tipul dopaminei, noradrenalinei, acetilcolinei, serotoninei sau substanței P. Blocînd procesul de captare a ionilor de calciu în interiorul terminațiilor nervoase, opiații endogeni inhibă eliberarea mediatorului chimic din teritoriul presinaptic și transmiterea informației respective la neuronul următor. Printr-un astfel de mecanism, peptidele opioide blochează mai ales stimulii algogeni ajunși pe calea sensibilității termo-algezice aferente în punctele nodale ale sistemului de control al durerii, cum sînt cele din cornul posterior al măduvii spinării și formația reticulată din trunchiul cerebral.

La nivelul măduvei, de exemplu, enkefalinele eliberate de neuronii intercalari din substanța gelatinoasă a cornului posterior, sub influența aferențelor nociceptive sosite de la periferie, realizează filtrarea stimulilor dureroși prin mecanismul inhibiției presinaptice de eliberarea substanței P, ca principal mediator chimic al durerii. În funcție de intensitatea și durata stimulării dureroase, enkefalinele din cornul posterior al măduvei spinării vor închide total sau parțial „poarta" de filtrare și control a căii aferente termo-algezice spre centrii nervoși superiori. Este ceea ce Wall și Melzack au denumit drept „control de poartă" al durerii. Prin mecanisme similare celor de la nivel medular se produce filtrajul informațiilor nociceptive termo-algezice la nivel reticular și talamic. Împreună cu descoperirea peptidelor opioide de către Kosterlitz și Hughes, teoria controlului de poartă, elaborată de către autorii sus-citați, pe baza unor dovezi experimentale convingătoare, a contribuit substanțial la progresul cunoașterii bazelor neurofiziologice ale durerii și combaterii sale cu mijloace cît mai adecvate.

Grație acestor achiziții cognitive s-au introdus în practica medicală noi tehnici de realizare a analgeziei, ca electroanalgezia, stimularea nervoasă electrică transcutană sau anestezia intraspinală cu opiați, iar practica milenară a medicinii tradiționale a căpătat un nou și substanțial suport științific. Determinînd eliberarea de peptide opioide, acupunctura, electroacupunctura, masajul și chiar gimnastica medicală se adresează farmaciei proprii organismului, ca fabricant a celor mai eficiente substanțe biologic active.

Perspective promițătoare s-au deschis și cercetărilor privind bazele umorale ale unor forme de activitate neuropsihică și comportamentală. Astfel, obținînd efecte catatonice după administrare de beta-endorfină suprimate sau inversate de antagoniștii morfinici, unii autori au emis ipoteza că schizofrenia ar putea avea la bază o supraproducție de peptide opioide. Pe de altă parte, dinorfina din hipocamp a fost incriminată ca factor de producere a epilepsiei temporale. Pe plan practic s-a extins eliberarea de peptide opioide sub influența acupuncturii, de la calmarea durerilor de diferite cauze la tratamentul morfinomaniei. Deși ne găsim doar la începutul precizării implicațiilor normale și patologice ale morfinelor creierului, rezultatele obținute pînă în prezent justifică interesul teoretic și practic suscitat de acest nou capitol al neurofiziologiei.

Prof. dr. doc. **I. HAULICĂ**
I.M.F Iași

MEMORIA MEDICINII

— Cu 900 de ani î.e.n., grecii, cînd se îmbolnăveau, mergeau în pelerinaj la temple, unde preoții-medici le aplicau somnoterapie colectivă, cu ajutorul fumigațiilor. După închiderea templelor, medicina s-a practicat numai de medici, care învățau la două școli celebre, cea din Cnid, unde se învăța meșteșugul tratamentului, și cea din Cos, unde se studiau bolile.

— Cu 450 de ani î.e.n. la Cos s-a născut părintele medicinii, Hipocrate, care a fondat cel dintîi corp medical. Cu această ocazie a fost instituit jurămîntul medicilor, care se rostește și azi, într-o formă prescurtată.

— Cu 430 de ani î.e.n., istoricul grec Herodot face o călătorie în Egipt, de unde se întoarce cu numeroase informații despre prac-

ticarea medicinii în ţara de pe malul Nilului. „Medicina, spunea Herodot, este atît de bine practicată în această ţară, încît un medic nu se ocupă de toate bolile, ci de una singură: unii pentru ochi, alţii pentru cap, alţii pentru pîntece". Tot Herodot scria, în legătură cu conservarea cadavrelor: „Cu un fier îndoit se scoate creierul prin nas, resturile fiind distruse cu anumite droguri, apoi se taie într-o parte, cu piatră de Etiopia, pe unde se scot intestinele, care se curăţă şi se trec prin vin de palmier şi plante puternic mirositoare zdrobite. Pîntecele este umplut cu smirnă, scorţişoară şi alte plante mirositoare. După ce se coase, corpul este ţinut timp de 70 de zile în *natrum* (carbonat de sodiu hidratat natural), apoi înfăşurat în fâşii muiate într-un clei special. După aceasta corpul este predat familiei". Pentru familiile sărace conservarea era făcută altfel: se introducea în abdomen, fără a fi golit, ulei de cedru, se ţinea în sare 70 de zile şi după aceea se preda familiei. Herodot mai spunea că egiptenii credeau că numai în felul acesta corpul omului poate rezista timp de 3 000 de ani pentru toate etapele transmigraţiei sufletului, care ar parcurge, după moarte, în vederea purificării, reîncarnări succesive în animale, plante şi oameni. Această concepţie mistică este cunoscută şi sub numele de metempsihoză.

— În anul 1383, în Franţa se dă o decizie prin care primul bărbier şi valet al regelui devine şeful tuturor bărbierilor şi chirurgilor din regat. Tot la această dată chirurgii se separă de medici, care nu voiau să opereze, poziţia lor fiind incompatibilă cu o muncă manuală... Bărbierii-chirurgi erau de mai multe feluri: incizori, pentru reducerea herniilor, pentru deschiderea fistulelor, pentru trepanaţii. Cînd se executau trepanaţii (operaţii care constau în executarea unei deschideri în oasele creierului, pentru extirparea unor tumori sau scoaterea unui cheag de sînge), „anestezia" era efectuată cu fierul roşu sau cu smoală fiartă. Bărbierii-chirurgi învăţau anatomie pe cadavrele foştilor condamnaţi la moarte.

— În anul 1519 pictorii învăţau anatomie de la unii medici. Aşa, de exemplu, Michelangelo şi Veronese au fost elevii medicului Realdo Colombo. Disecţiile se făceau pe cadavre furate şi vîndute la preţuri foarte mari sau pe cele ale celor condamnaţi la moarte, prin spînzurătoare. Unul dintre marii anatomişti a fost Leonardo da Vinci, de la care ne-au rămas 1 500 de planşe anatomice imprimate abia la sfîrşitul secolului al XIX-lea.

— În anul 1561 a fost atestat primul bărbier-chirurg la Bucureşti, denumit „Ivan barbir".

— În anul 1612, Galileo Galilei, după ce inventează telescopul pentru a privi la stele, construieşte un instrument pentru a vedea şi cele mai mici animale, acesta fiind denumit, de către savantul grec Demisciano, *microscop*.

— În anul 1673, postăvarul olandez A. van Leuwenhoek, pentru a verifica calitatea postavurilor, se folosea de lupe speciale. Cu acestea studia plantele şi animalele mici. Perfecţionîndu-le, a putut să observe, pentru prima dată, globulele roşii ale sîngelui.

— În anul 1782, un tînăr, pe nume M. Călinescu, pleacă pe furiş în Germania, pentru a studia medicina, dar este prins şi primeşte 26 de lovituri la tălpi.

— În anul 1924 profesorul Titu Vasiliu publică la Cluj primul „Tratat de hematologie" în limba română, considerat printre primele de acest fel din lume.

Dr. SABIN IVAN

ÎNSĂNĂTOȘIREA

Există, în ziua de astăzi, o mare diversitate de boli, există chiar multe tipuri de boli — boli ereditare, congenitale și dobîndite, boli transmisibile și netransmisibile, boli profesionale și neprofesionale etc. Dincolo de clasificări, de diversitate, există și factori comuni pentru toate bolile — unul dintre acești factori fiind *reacția psihologică la boală*.

Orice boală organică, dincolo de perturbarea unor constante biologice, a unor funcții vitale sau a unor parametri metabolici, este o agresiune asupra individului uman ca totalitate. Ideea confruntării organismului cu boala este o abstracțiune, un proces parțial, pentru că boala este a unui individ anume, a unei persoane umane, de care organismul nu poate fi decupat decît pentru a facilita înțelegerea unor procese biologice. De aceea, confruntarea cu o boală este întotdeauna trăită psihic, cel în cauză simțindu-se agresionat, cu echilibrul sufletesc perturbat. Apariția unei boli, chiar banale, sporește neliniștea persoanei, îi accentuează incertitudinile, pentru că simptomele nu au de obicei o legătură clară cu regimul de muncă sau cel alimentar al individului, cu preocupările sale, cu problemele sale de viață. Așa, de exemplu, oboseala la efort, ca simptom caracteristic bolilor cardiace valvulare, poate apărea chiar la tineri cu preocupări sportive sau cu ocupații ce necesită forță fizică. Persoana se simte astfel „asediată" de un dușman necunoscut și consultul medical nu reușește să elimine, totdeauna sau dintr-o dată, toate datele neclare ale unei boli, cel în cauză rămînînd dominat de o stare de anxietate.

Pe de altă parte, limitarea unor capacități ale individului de către simptome, cum ar fi reducerea posibilităților masticatorii din pricina unei dureri dentare, îl poate face pe cel ce suferă să simtă că a pierdut din posibilitățile sale obișnuite și să se considere mai prejos decît majoritatea semenilor săi, persoana dezvoltînd astfel unele caracteristici ale stării de depresie.

Reducerea posibilităților fizice prin boală, anxietatea și depresia consecutivă îl fac pe individ să nu mai aibă încredere în propriile forțe, să se simtă mai neajutorat, mai slab: el începe să simtă nevoia de a fi condus și ajutat. Orice gripă banală ne pune în situația de a fi îngrijiți de cei apropiați sau de cei dragi, ne dă dreptul să cerem o aspirină sau un ceai, să ne simțim cumva din nou copii. Bolnavii cu boli cronice ajung să depindă de persoanele apropiate, ei fiind considerați incapabili de a purta responsabilități de adult, nemaivorbind de nevoia lor de a fi tratați și conduși de medic. Practic ei ajung să depindă de instituția medicală, așa cum copilul depinde de părinții săi.

Aceste trăsături ale reacției psihice la boală sînt întîlnite la orice individ, în fața unor tipuri diverse de boală. Pe de altă parte, persoana reacționează pozitiv la semnele de însănătoșire, de vindecare și, treptat, aceste reacții fizice diminuează și dispar, de obicei, odată cu boala însăși.

S-ar părea, deci, că boala are o evoluție independentă, care prilejuiește reacții psihice, ce n-ar avea vreun rol asupra evoluției însăși a bolii. Cu toate acestea, studii din ultima vreme au arătat că starea de anxietate modifică timpul de coagulare a sîngelui, că depresia întîrzie vindecarea plăgilor, că dorința de a fi îngrijit prelungește convalescența. Individul nu poate fi total neutru la evoluția propriilor procese morbide și reacțiile personale sînt foarte diferite interindividual. La aflarea diagnosticului de cancer unii bolnavi își sporesc activitățile pe cînd alții devin tot mai pasivi și mai retrași, așteptîndu-și, cumva, sfîrșitul.

Putem astfel presupune că bolnavul percepe boala în raport cu sine și dincolo de diagnosticul medical, ca fiind:

— un factor perturbator, cu efect dezorganizant pentru echilibrul său de viață;

— o agresiune ușoară și trecătoare.

Dar bolnavul, prin felul său de a fi, poate să aibă față de boală o atitudine de:

— confruntare activă;

— pasivitate și abandon de sine.

Apar astfel patru combinații posibile, cea mai bună fiind cea în care boala este văzută cu potențial dezorganizator și se declanșează confruntarea activă, iar cea mai indezirabilă, cea în care atitudinea pasivă este opusă unei tulburări considerate trecătoare.

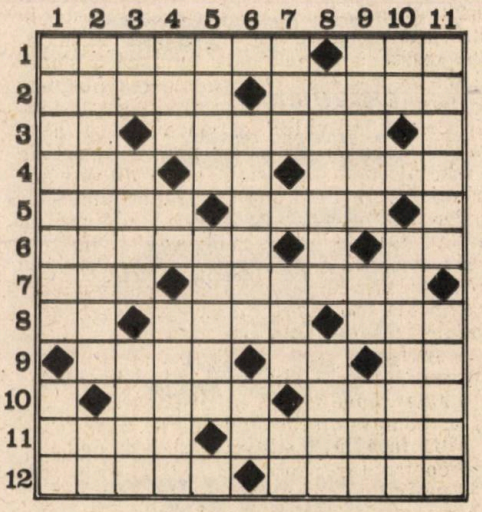
Bineînțeles, dincolo de reacțiile sale afective față de boală și de atitudinea de confruntare ce ține de firea sa, bolnavul trebuie să se adapteze prescripțiilor medicului. Dacă într-o serie de boli cronice pasivitatea este ruinătoare (ca în parezele urmînd accidentelor cerebrale), în hepatita virală

sau alte boli infecțioase, activismul este nociv. De aceea, mobilizarea voluntară pentru însănătoșire nu trebuie văzută ca o instanță de amplificare a unor proceduri de vindecare. Prin recurgerea la voință, bolnavul trebuie să accepte chiar multe limitări, ca repausul la pat, un anumit regim de viață, dietă etc., în condițiile menținerii încrederii în restabilirea echilibrului pierdut. Cît timp bolnavul are în minte ca accesibil scopul pentru care acceptă niște eforturi de privare sau unele de a-și depăși niște deficiențe create de boală, sistemul funcționează și resursele de mobilizare vor fi găsite. Ideea inaccesibilității scopului duce la „epuizarea" resurselor de mobilizare. De aceea medicul trebuie să discute în permanență cu bolnavul conținutul secvențelor tratamentului. Trebuie, de asemenea, discutate eventualele deformări ale percepției asupra bolii induse de reacția psihică la boală. Anxietatea, depresia, nevoia de îngrijire și dependență, resimțite în ponderi diferite de fiecare bolnav în parte, pot influența nefast mobilizarea pentru vindecare.

Deci, mobilizarea pentru însănătoșire trebuie considerată ca o atitudine prin care bolnavul motivează respectarea tratamentului și prescripțiilor medicale, în scopul depășirii situației de boală și invaliditate. Ea poate fi văzută ca avînd un rol preventiv în îmbolnăvire, presupunînd niște praguri mai înalte ale sensibilității individului la semnele de boală și o capacitate de refacere mai rapidă.

Astfel, în viziunea medicinii omului sănătos, o atitudine de mobilizare îl va face pe individ să accepte unele stări fiziologice, ca oboseala, inapetitul, ca legate de unele carențe ale regimului său de viață și să încerce, alături de medic, să ia măsuri de eliminare a lor. Individul va preveni astfel, principial, alunecarea unor stări fiziologice neobișnuite către stări patologice, care, prin perturbarea marcată a echilibrului psihic, necesită resurse energetice mai mari în mobilizarea pentru însănătoșire.

Psiholog **R.O. CLIT**
Clinica de Chirurgie Cardiovasculară
Spitalul Clinic Fundeni



LA MUNTE

ORIZONTAL: 1. Munții noștri — Lac de crater în apropiere de Băile Tușnad. 2. Afluent al Someșului — Munții Dobrogei. 3. Recipisă (abr.) — „Perla Bucegilor". 4. Aceea (pop.) — Alfa și Omega — Folositor. 5. Vîrf în Munții Rodnei — Anotimpul excursiilor montane. 6. Personaj din romanul „Baltagul", de Mihail Sadoveanu, care cunoaște starea vremii după „mersul norilor către Ceahlău" — Bețe! 7. Astfel — În vacanțe organizează excursii pentru elevi. 8. Nota traducătorului — Limbaj — Sting (abr.) 9. Fructul gîndirii — Tip! — Scrieri! 10. Comună în Belgia — Supus. 11. Interstițiu între celulele unui țesut vegetal — ...Brașov, stațiunea de la poalele Postăvarului. 12. Lac glaciar în Munții Făgăraș — Stațiunea de la poalele Ceahlăului.

VERTICAL: 1. Domină Valea Prahovei — Cel mai înalt vîrf din Bucegi (2507 m). 2. Fac ascensiuni în munți — La poalele lezerului! 3. Din Hărman! — Indigeni din Filipine — Un munte mai mic. 4. Drum între munți — Urmare! — După șase (pop.). 5. Continent — Iubitor al frumosului. 6. Oraș în Gorj — Elena Popescu. 7. Mamă (înv.) — Izvorăște din Hășmașul Mare — Odinioară (abr.). 8. În altă parte — Lac în Delta Dunării. 9. A afirna (pop.) — Culese! — Fructul discordiei. 10. Nichel — Vîrf în masivul Iezer. 11. Șters — Masiv din munții Apuseni.

Dicționar: EPTE, MEAT, AETA, IMA.

ADAM STOICA

COMERIMATE

„Autoconsultație"

Inima n-o mai consult
La atîtea aparate.
Pot și singur s-o ascult
Dacă-a stat, sau de mai bate...

Unuia care face abuz de medicamente

Tot luînd hapuri „salvatoare"
În doze suplimentare,
A făcut o constatare:
Că-i salvat, dar de... Salvare.

Imprudentul pe litoral

A stat la plajă încîntat,
Vreo șapte ore, ca să fie
Și, în final, a constatat,
Că plaja nu-i... rotiserie.

Inhalînd fumul de țigară al colegului meu

După ce era să mor
Trăgînd fumul lui pe nări,
Pretinde că-i sînt dator,
Trei pachete de țigări!

Epitaful unui mîncăcios

Vă pot da acum de știre,
Că-mi fac cura de slăbire.

Epitaful unuia care a dus o viață necumpătată

Viață lungă a trăit
Cel ce doarme-n cripta rece;
Într-un an a-mbătrînit,
Cît îmbătrînești în zece!

Ing. I. NEGREANU
Membru al Clubului Epigramiștilor
„Cincinat Pavelescu"

OBICEIURI

ACUPUNCTORUL

Epigramele ți plac,
Căci și ele sînt cu ac.

ANESTEZISTUL

Copiilor, seara, recită
Basmul „Frumoasa adormită".

AUTOPSIERUL

La spectacole îl știu
Mort după „Cadavrul viu".

BALNEOLOGUL

Îi place, ce mai tura-vura,
Un jucător de fotbal: Cura.

CARDIOLOGUL

El nu a luat, făcînd senzație,
Examenul de... circulație

CHIRURGUL

În excursii, regulat,
Merge sus, pe Retezat.

DERMATOLOGUL

Ca dermatolog, Pandele,
Nu își mai încape-n piele.

GERIATRUL

Ține mult, stăruitor,
Să stea-n Calea Moșilor.

ORTOPEDUL

La rața friptă în cuptor,
El se repede la picior.

PSIHIATRUL

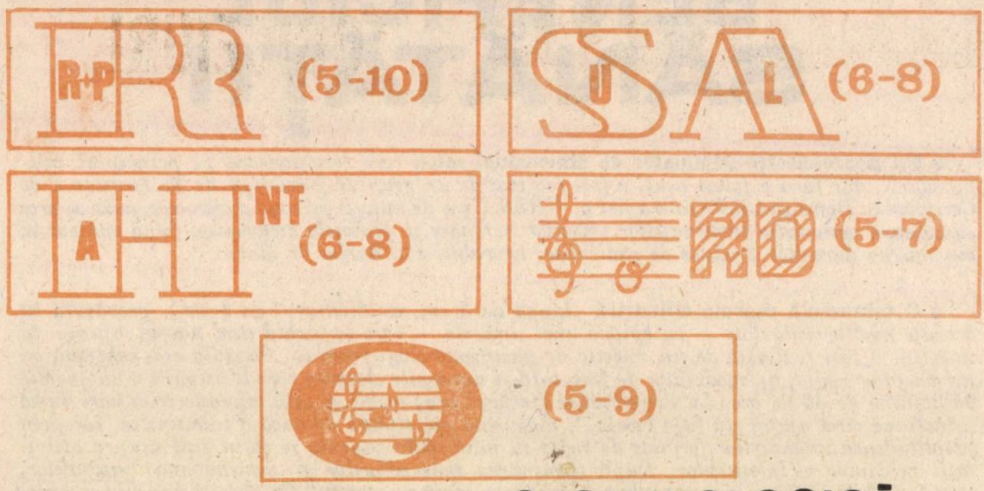
Cere la ai săi copii:
— Faceți, mă, și nebunii!

VETERINARUL

Are în ierbarul lui
Numai „Ochiul boului".

V.D. POPA

MONOVERBE MEDICALE



FARMACEUTICĂ

Monoverb eliptic anagramat:

3+(6)=8

STOMATOLOGICĂ

(Metagramă anagramată: XXXUXXXX—XXXXXAXX)

BALNEOCLIMATERICĂ

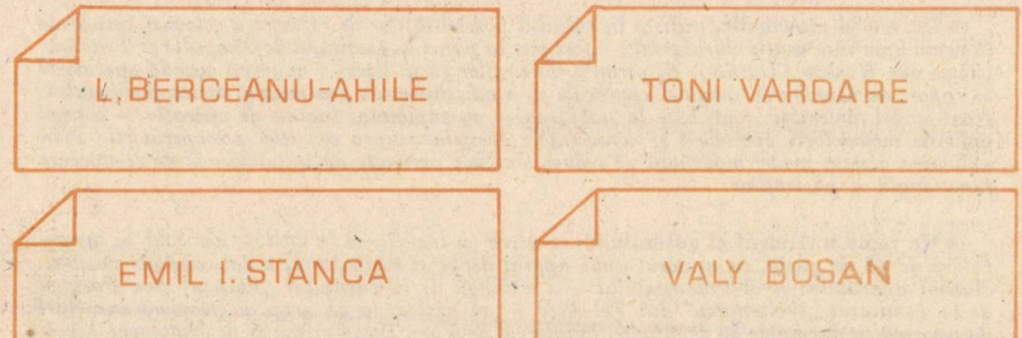
(Biverb: 3, 8)

SERVICIU MEDICAL

(Rebo eliptic anagramat: 3+5+(5) = 12)

LA ODIHNĂ ŞI TRATAMENT

— cărţi de vizită anagramate —



Aflaţi în ce staţiuni balneoclimaterice se află fiecare din posesorii cărţilor de vizită de mai sus.

ADAM STOICA

ÎN BENEFICIUL SĂNĂTĂȚII

• **Un neuro-electro-stimulator de dimensiuni mici,** *care funcționează pe principiul acupuncturii, dar fără a folosi acul, a fost realizat de un grup de specialiști de la Institutul de Cercetări în Domeniul Reflexoterapiei al URSS. Ușor de mînuit pe zona dureroasă, noul aparat stimulează activitatea terminațiilor traseelor nervoase și procesele metabolice, fiind indicat în combaterea durerilor produse de radiculite, nevralgii sau dureri de dinți.*

• **O minusculă capsulă cilindrică** *(lungă de 3 cm, cu diametrul de 1 cm), prevăzută cu 3 brațe mobile articulate — ca spițele unei umbrele — care se închid cînd naveta ajunge în intestin, a fost realizată de un colectiv de gastroenterologi francezi. Capsula este echipată cu un emițător radio, un modulator de frecvență și două pile electrice care îi asigură o autonomie de acțiune de 36 de ore. La extremitatea fiecărui braț mobil se află microelectrozi care intră în acțiune cînd ajung „la fața locului", măsurînd activitatea electrică a intestinelor, iar prin amplitudinea unghiurilor formate de brațe cu minuscula capsulă se obțin date asupra activității mecanice a intestinelor. După terminarea măsurătorilor și transmiterea rezultatelor, brațele mobile se strîng, iar capsula este evacuată odată cu scaunul. Cu această capsulă se apreciază că se vor obține informații asupra modificărilor produse de cauze patologice, se va interpreta mai bine modul de acțiune a medicamentelor în diferite boli ale intestinelor, se vor măsura temperatura din intestine și pH-ul (care oferă date utile asupra acidității sau alcalinității intestinelor), se va cunoaște activitatea secretorie a intestinelor.*

• **Evoluția aterosclerozei poate fi frînată,** *afirmă un grup de cercetători de la Institutul de Medicină, Fizică și Chimie al URSS. Ei au reușit să extragă din sînge, cu ajutorul unor substanțe absorbante și selective, lipoproteidele aterogene care favorizează producerea colesterolului și dezvoltarea aterosclerozei. Procentul în care pot fi extrase lipoproteidele aterogene este de 10 ori mai mare decît cel obținut cu ajutorul medicamentelor anticolesterolemiante, iar pereților vaselor de sînge li se asigură nu numai o curățire de lipoproteide, dar și o încetinire considerabilă a evoluției aterosclerozei.*

• **Tabagismul pasiv** *poate agrava angina pectorală, poate determina o disfuncție a căilor respiratorii aeriene și o creștere a riscului producerii cancerului pulmonar, a concluzionat un grup de cercetători japonezi, condus de prof. S. Matsukura. Ei au măsurat excreția prin urină a cotininei (un important metabolit al nicotinei, considerat ca un bun martor al inhalării fumului de țigară de către un individ) la fumătorii activi și pasivi. Rezultatele acestor măsurători au arătat că nefumătorii care au coabitat cu fumătorii activi (a peste 40 de țigări pe zi) au eliminat o cantitate egală de cotinină cu cea a persoanelor care fumau minimum 3 țigări pe zi, cantitate suficientă pentru a agrava, în timp, angina pectorală și a constitui un factor de risc cancerigen.*

• **Un model matematic,** *utilizat în calculul posibilităților de refacere a coloanei vertebrale în urma unei intervenții chirurgicale, a fost pus la punct la Institutul de Ortopedie și Traumatologie din Harkov (URSS). El permite chirurgilor să utilizeze o anumită metodă operatorie în raport de dezvoltarea coloanei vertebrale și a mușchilor, de greutatea și vîrsta pacientului. Noul model matematic contribuie la stabilirea — cu săptămîni înainte de operație — a unei anumite metodologii operatorii și consecințele acesteia asupra evoluției postoperatorii. Prin aplicarea acestui model matematic se reduce simțitor perioada de spitalizare și de recuperare funcțională a pacienților.*

• **Un rapid tratament al guturaiului,** *constînd în insuflarea în nări de aer cald la temperatura de 43 de grade, cu ajutorul unui aparat denumit* **Rhinoterm,** *a dat rezultate pozitive. Autorii aparatului și ai tratamentului — specialiști de la Institutul „Pasteur" din Paris și de la Institutul „Weissmann" din Tel-Aviv — au aplicat la un grup de persoane insuflări de aer cald cu durata de 30 de minute, la interval de 3 ore. După prima zi de tratament hipersecreția nazală și durerea de cap au dispărut, iar 73% dintre persoane s-au însănătoșit. Tratamentul a dat rezultate pozitive și în 65% din cazurile de rinită alergică.*

N. TURTURESCU

GASTRITĂ SAU ULCER

Conf. dr. GH. BUCUR

Suferințele aparatului digestiv sînt, alături de cele cardiace și nervoase, cele mai răspîndite în lume. Ele interesează 10—15% din populație, determinînd un nivel înalt al indicatorilor de îmbolnăvire, mortalitate, zile de spitalizare, durată de incapacitate de muncă, consultații medicale, consum de medicamente. Aparatul digestiv, prin tubul digestiv (gură, esofag, stomac, intestin) și prin organele sale anexe (ficat, pancreas), asigură importul și prelucrarea substanțelor nutritive, necesare dezvoltării și menținerii organismului la nivel structural și funcțional corespunzător (normal). Istoria naturală a omului, dezvoltarea și viețuirea acestuia de-a lungul timpului, în condiții de mediu, de hrană, particulare, au determinat caracteristici sau modalități structurale, funcționale și comportamentale ale aparatului digestiv față de aliment. De aici specializarea anumitor segmente ale tubului digestiv în funcție de natura și starea alimentelor, acestea fiind prelucrate și pregătite treptat, de un segment pentru următorul sau alte segmente digestive, perturbarea unuia atrăgînd după sine tulburarea, în grad variabil, a integrității și funcției altor segmente următoare — ca la producția pe bandă; de asemenea, în acest proces de adaptare s-au stabilit toleranțele sau intoleranțele alimentare, în funcție de particularități constituționale individuale sau de natura alimentului. Deci există o interrelație strînsă între diferitele porțiuni ale tubului digestiv, atît structurală, cît și funcțională; unele boli relativ „localizate" digestiv trebuie să fie abordate în context, atît ca modalitate de instalare, de dezvoltare, cît și ca înțelegere a manifestărilor, a percepției suferinței organului respectiv și a semnelor de exteriorizare.

Printre bolile aparatului digestiv, gastrita și ulcerul gastroduodenal ocupă un loc privilegiat din punct de vedere al incidenței și diversității de factori favorizanți, de modalități de manifestare și evoluție, care reprezintă tot atîtea probleme și preocupări, atît pentru medic, cît — mai ales — pentru omul suferind.

Ce este gastrita? Ce este ulcerul gastric sau duodenal? Există asemănări și deosebiri între modalitatea de instalare sau de manifestare între aceste două boli, care interesează un mare număr de oameni, și cum putem să le deosebim?

Gastrita este o inflamație a mucoasei gastrice. Cînd este acută, deci cînd survine în mod brusc, simptomele sînt mai zgomotoase, cu dominanta durerii în etajul superior abdominal, a greței și vărsăturilor. Se recunoaște relativ ușor, datorită cauzelor toxice sau infecțioase (consum de alimente alterate, infectate, ciuperci otrăvitoare, ingerarea accidentală sau voluntară de substanțe toxice — sodă caustică —, ingerarea acută a unei cantități mari de alcool, încărcarea excesivă a stomacului cu alimente iritante etc.) care o declanșează. Simptomele sînt de obicei trecătoare, în funcție de gravitatea agresiunii, de promptitudinea înlăturării sau anihilării factorilor cauzali. Uneori aceste gastrite se manifestă prin hemoragii digestive. În asemenea cazuri este necesar un examen vizual al suprafeței interne a stomacului (endoscopie), pentru precizarea leziunilor existente.

Numeroase sînt însă cazurile în care leziunile și simptomatologia se instalează în mod lent, cronic, realizîndu-se *gastrita cronică*. Această formă de gastrită recunoaște o multitudine de factori determinanți și favorizanți, printre care un rol important îl are consumul îndelungat de alcool, chiar în cantități mici, alimentația condimentată (muștar, ardei iute, piper), alimentația săracă în proteine și alte principii alimentare (vitamine), fumatul. În ultima vreme se adaugă factorii psihoemoționali (stres) și mai ales abuzul de medicamente. Medicamentele care determină leziuni ale stomacului atunci cînd sînt consumate în mod abuziv, în doze mari, timp îndelungat, sînt numeroase și se înmulțesc continuu. Printre ele — și cele mai agresive — sînt: aspirina și peste 100 de specialități care conțin aspirină, fenilbutazona și derivații săi, alte medicamente „antireumatismale", cortizonul, rezerpina, betablocantele etc. Ele produc asupra stomacului iritații, congestii, ulcerații multiple, care se traduc prin dureri în etajul superior abdominal (epigastrice), uneori chiar hemoragii (aspirină). Evenimentele se precipită dacă se fac asocieri de asemenea medicamente, dacă se dau doze mari sau dacă pacientul are o sensibilitate crescută a stomacului sau este în vîrstă. Inflamația poate fi superficială sau mai pro-

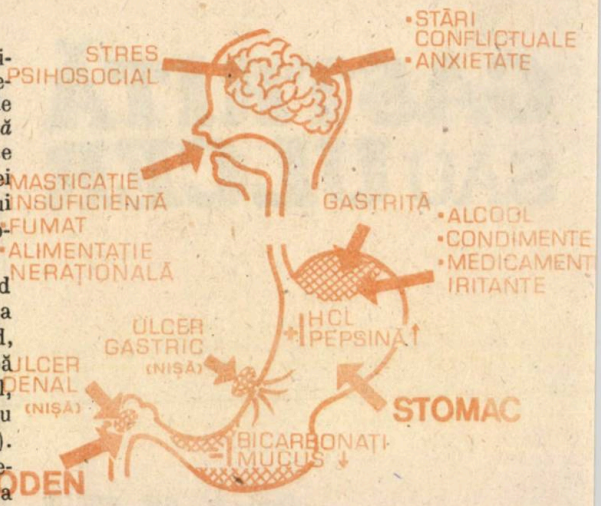
fundă, ducînd în mod progresiv la diminuarea, pînă la dispariție, a glandelor secretoare de acid necesar digestiei. Există unele boli de sînge, cum este *anemia feriprivă* sau *anemia pernicioasă*, care sînt însoțite de gastrită cronică atrofică cu lipsa secreției de suc gastric, datorită lipsei factorului intrinsec gastric și a unor procese imunologice.

Simptomele gastritelor cronice — cînd se manifestă, deoarece o parte pot evolua discret — sînt caracterizate, în primul rînd, prin dureri epigastrice care survin după abuzuri alimentare, condimente, alcool, afumături, rîntașuri, sau după enervări sau stări conflictuale (certuri, discuții aprinse). Aceste dureri apar imediat după masă (uneori chiar în timpul mesei) și durează cîteva zile. Se pot asocia: stare de disconfort după masă, resimțită în capul pieptului, eliminări de gaze pe gură, arsuri, uneori un miros urît al gurii. Este interesant de subliniat că asemenea tulburări — zise dispeptice — se întîlnesc și la unii bolnavi la care nu se pun în evidență leziuni gastrice, deci sînt expresia unor tulburări funcționale gastrice, așa cum se întîmplă în multe afecțiuni ale aparatului digestiv.

Ulcerul gastric și cel *duodenal* sînt boli cu aceeași expresie anatomică: ulcerația, profundă, bine delimitată, care pătrunde adînc în peretele stomacului, uneori putînd să perforeze.

Sînt multe necunoscute în privința cauzelor și modalității de producere a ulcerului gastric și a celui duodenal și chiar a înțelegerii unor manifestări clinice, a apariției și dispariției unor simptome. Ceea ce este unanim acceptat astăzi este faptul că ulcerul este rezultatul unui dezechilibru între factorii agresivi asupra mucoasei gastrice și puterea de apărare a acesteia, în sensul creșterii agresivității secreției acide în ulcerul duodenal și scăderea apărării mucoasei în ulcerul gastric. În instalarea ulcerului gastric sau duodenal intervin factori predispozanți, care includ particularitățile individuale, ereditare, secretorii, endocrine, enzimatice și factori precipitanți, cum sînt: oboseala, stările de încordare, mese neregulate, alimente cu prăjeli, rîntașuri, băuturi alcoolice — mai ales pe stomacul gol —, consum abuziv de cafea și de tutun, unele medicamente iritante ale mucoasei gastrice (cele menționate la gastrită).

Atît ulcerul gastric, cît și cel duodenal, se manifestă clinic prin durere epigastrică,



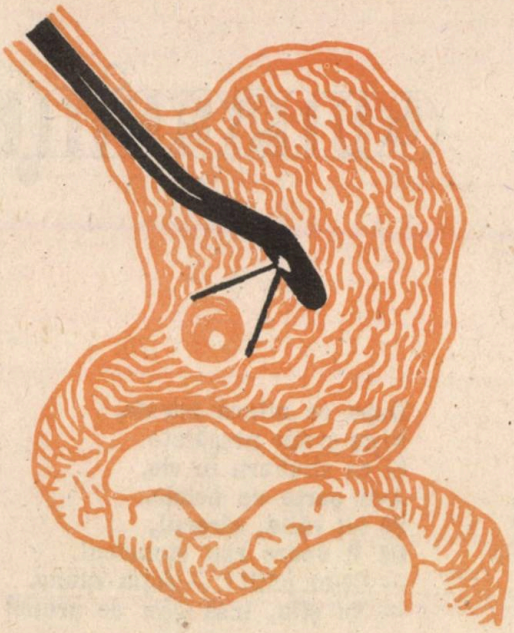
Factorii cauzali și favorizanți ai gastritelor și ulcerelor gastric și duodenal.

care constituie elementul dominant, imediat sau la un interval scurt după masă în ulcerul gastric, tardiv, la 2—4 ore, în ulcerul duodenal. Se asociază arsuri epigastrice, eructații (eliminare de aer pe gură, cu zgomot), senzație de plenitudine, vomitări, uneori hemoragii.

Există unele deosebiri între simptomele ulcerului gastric, față de cel duodenal. Astfel, ulcerul gastric apare mai mult la femei peste 40 de ani, ulcerul duodenal mai mult la bărbați sub 40 de ani. În ulcerul gastric durerile sînt zilnice și sînt agravate de alimente, pe cînd în ulcerul duodenal apar dureri noaptea, sînt ritmate de mese, sînt calmate de ingestia de alimente sau substanțe alcaline și apar mai ales primăvara și toamna și, uneori, iarna. Durerea ulcerului duodenal este în punct precis (bolnavul arată locul cu degetul), iar episoadele dureroase au o istorie de peste 4 ani. Simptomele menționate sugerează în mare parte ulcerul gastric sau duodenal; diagnosticul este confirmat de examenele radiologic și endoscopic, care pun în evidență „nișa" ulceroasă gastrică sau duodenală, cu caracterele sale precise.

Perioada de remisiune în ulcer durează luni sau ani, apoi simptomatologia dureroasă revine cu aceleași caractere, chiar dacă s-a făcut un tratament apreciat drept corespunzător.

Cunoașterea simptomatologiei gastritelor și a ulcerelor gastric și duodenal este importantă pentru bolnav, deoarece atrage atenția acestuia asupra bolii. Așa cum s-a subliniat, o mare parte din gastrite, mai



ales cele cronice și cel puțin un sfert din numărul ulcerelor, sînt „mute", asimptomatice sau cu simptome minore, care de obicei trec neobservate. Ele sînt descoperite întîmplător. Dar majoritatea acestor suferințe digestive „vorbesc", sînt însoțite de simptome. Problema care preocupă pe un suferind digestiv cu cunoștințe — mai mult sau mai puțin avansate — în domeniu este aceea de a putea discerne dacă este vorba de o gastrită sau un ulcer, sau ceva mai mult. Cu toate că unii termeni care definesc simptome de suferință digestivă (durere, greață, eructații, vărsături) sînt comuni pentru cele două mari categorii de boli — gastrite sau ulcer — există posibilități de diferențiere între gastrită și ulcer nu numai pentru medici, dar și pentru unii pacienți. După cum am văzut, o gastrită acută este sugerată de condițiile de apariție (ingerarea unui toxic, alimente infectate medicamente), durerea epigastrică accentuată, vomismente ce atenuează durerile. Durerea are deseori caracter de crampă. Este mai dificil în gastrita cronică; deși nespecifice, aici se întîlnesc mai multe simptome, ca: arsuri epigastrice, imediat după masă, declanșate de anumite alimente — dulciuri, ingestie de alcool —, disconfort digestiv după mese, jenă epigastrică, rar durere, fără periodicitate dureroasă. Aceste simptome survin uneori capricios, fără nici o legătură cu alimentația, uneori dispărînd o vreme. Trebuie să li se dea atenție, pentru că pot surveni și la un ulceros. În așanumita *dispepsie hiperstenică*, pe un fond de hipersecreție gastrică, bolnavii au dureri după masă, după anumite alimente, care persistă mai multe ore și nu au caracter de crampă sau colică. În *dispepsia hipostenică*, bolnavii au o senzație de greutate abdominală, balonare, eructații sau grețuri, lipsa poftei de mîncare. Aceasta corespunde deseori unui deficit de secreție gastrică. În dispepsia hiperstenică sau hipostenică durerile nu sînt ritmate de mese sau periodice. Se pot datora alimentației sau anumitor alimente. La baza acestor simptome pot sta tulburări ale secreției de suc gastric, tulburări funcționale sau elemente de gastrită cronică.

Cu toate elementele ce pot sugera o gastrită acută sau cronică, un ulcer gastric sau duodenal, în general, nimeni nu trebuie să se oprească la etapa simptomelor și, pe baza lor, să se inițieze un tratament medical specific fiecărei forme de boală. Trebuie adresat medicului care poate, în anumite situații, cu o simptomatologie bine clasată și interpretată, să formuleze diagnosticul. De cele mai multe ori el apelează la examenele radiologic, endoscopic gastric sau la chimismul gastric, care împreună precizează diagnosticul, nu numai de boală, dar și de sediu, de formă, de gravitate. Se are în vedere importanța diagnosticului precoce pentru preîntîmpinarea complicațiilor — hemoragii digestive, perforații, stenozări —, mult mai greu de tratat.

În prezența unei simptomatologii, ca cea menționată, pacientul, avizat de unele cauze determinante sau precipitante, trebuie să le elimine, dacă apreciază că sînt incriminate. Dacă persistă, se adresează medicului, care, pe baza examenului clinic sau (și) de laborator, în ambulatoriu sau în spital, precizează diagnosticul și instituie tratamentul necesar. Trecînd peste anumite prejudecăți, bolnavul trebuie să-și învingă anumite temeri sau rețineri față de efectuarea anumitor investigații, cum ar fi examenul endoscopic, care permit medicului obținerea unor date de mare valoare pentru formularea diagnosticului corect și instituirea unui tratament corespunzător și în timp util.

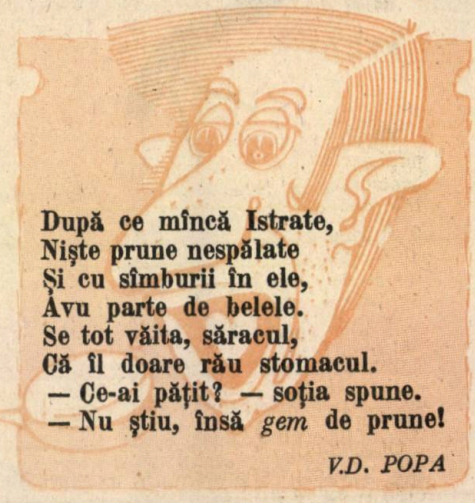
tratament după ureche

Urmărind el prin reviste, prin broşuri şi prin jurnale,
Sau tot ascultînd pe unde, sfaturile medicale,
Şi-a alcătuit cu rîvnă o agendă personală,
În care-a notat cu grijă tot ce se numeşte boală,
Cu simptomul de rigoare pe durată sau moment,
Inclusiv medicamentul indicat în tratament.
Şi, făcînd analogia simptomelor indicate,
Cu unele stări morbide de el însuşi încercate,
A ajuns să bănuiască — fără să-şi explice cum e -
Că suferă de mai toate maladiile din lume,
Astfel, ca, la îndemînă tratamentele să-i fie,
Şi-a organizat acasă propria lui farmacie,
În care şi-a strîns de toate, de la A pînă la Zet,
Avînd pentru orice boală doctoriile în set,
Plus hipnotice, ventuze, spreiuri pentru după ras,
Plante pentru inhalaţii, picături de pus în nas,
Trofice, edulcorante, tonice şi sedative,
Pentru aplicarea unor tratamente preventive.
Orice preparat, în fine, ce-apărea prin farmacie,
Iute şi-l ducea acasă — vorba aia: ca să fie.
Şi neţinînd deloc seama nici de valabilitate,
Îşi făcea curarisirea luînd mereu mai din toate.

Dar sosi o zi în care, ca o firească urmare,
Corpu-i refuză s-accepte pîn-şi porţia de mîncare.
Ameţeli, greţuri, leşinuri, transpiraţii, vomitări,
Semne de intoxicare simţea-n locul bunei stări.
Şi, nemaiştiind ce are, simptomele fiind comune
Multor boli de pe agendă — chiar şi celor fără nume —
Hotărî, în disperare, să fie cu luare-aminte,
Ca boala să n-avanseze, la medic să se prezinte.
Iar acesta, aflînd totul despre cum s-a îngrijit,
Îi spuse, pe-un ton sarcastic: — „Amice, te-ai otrăvit!"
— Nu se poate! — îi răspunse cu aer nevinovat —
Nu m-a muşcat nici un şarpe, nici ciuperci nu am mîncat,
Nu fumez, nu beau alcooluri, conserve vechi nu consum,
Sînt prudent întotdeauna, mă feresc chiar şi de fum.
— Da, — medicul îi răspunde — eşti prudent fără pereche,
Dar constat că medicina o cunoşti după ureche
Fiindcă, după cum aflat-am, prin felul cum te dopezi,
Dovedeşti că nu ştii ce faci şi nici ce ingurgitezi.
Dacă doar o primă oră ai fi mers la facultate,
Fără nici o împotrivire, mi-ai fi dat mie dreptate.
Pentru că aflai acolo că doparea este gravă,
Transformînd medicamentul, pur şi simplu, în otravă.

ION VULPESCU

consecinţă



După ce mîncă Istrate,
Nişte prune nespălate
Şi cu sîmburii în ele,
Avu parte de belele.
Se tot văita, săracul,
Că îl doare rău stomacul.
— Ce-ai păţit? — soţia spune.
— Nu ştiu, însă *gem* de prune!

V.D. POPA

mini DIALOGURI UMORISTICE

Îndrăgostiţii
— Iubito, tu auzi în glasul inimii mele nu mai tic-tac?
— Nu!
— Şi ce mai auzi?
— Aud şi ... tac-tic!

La bodegă
— De ce i se spune lui Mişu „decanul băutorilor"?
— Foarte simplu. Pentru că bea cu ... deca

Destăinuire amoroasă
— Am sărutat-o pe Marilena...
— Ei, bravo!
— ...şi are o gură ca de zahăr!
— Săraca! O fi avînd diabet...

Între cheflii
— Eu nu mai beau decît ţuică bătrînă.
— De ce?
— Păi, dacă-i mai bătrînă, are mai multă experienţă!

La maternitate
— Ce tot face moaşa acolo, la buricul fătului?
— Ce să facă! Măsoară de trei ori şi taie o dată!

D.C.MAZIL

În ajutorul gospodinelor

Cîteva reţete dietetice

Se descriu mai jos cîteva reţete ce pot fi consumate de suferinzii cardiovasculari şi în unele maladii renale. Gustul preparatelor culinare, în lipsa sării, îl dau cu succes: borşul, verdeţurile, cimbrul, oţetul din fructe etc.

Borş de legume cu orez

15 g orez, 30 g morcovi, 35 g dovlecei, 35 g varză, 60 g roşii, 30 g pătrunjel, 10 ml untdelemn, 10 g smîntînă, 100 ml borş, verdeaţă, leuştean.

Se pun la fiert aproximativ 300 ml apă cu untdelemn; cînd aceasta clocoteşte, se adaugă pătrunjelul şi morcovii curăţaţi, spălaţi şi tăiaţi ca fideaua. De asemenea, se mai adaugă şi varza curăţată şi tăiată tot ca fideaua. Cînd legumele sînt pe jumătate fierte, se adaugă dovleceii curăţaţi, spălaţi şi tăiaţi sub formă de cuburi, împreună cu orezul ales şi spălat. Totul se lasă să fiarbă. La urmă se adaugă roşiile spălate, curăţate de coajă şi tăiate felii. Tot atunci se toarnă şi borşul şi se lasă să mai dea două-trei clocote.

Înainte de servire se adaugă leuşteanul spălat şi tocat. Se poate servi cu sau fără smîntînă.

Supă de salată verde

125 g salată verde, 20 g ceapă, 5 g unt, 15 g smîntînă, oţet de fructe, frunze de pătrunjel, mărar.

Salata verde se curăţă, se spală bine şi se taie în fîşii. Apoi, împreună cu ceapa curăţată, spălată şi tocată, se înăbuşă cu unt sau untdelemn şi cu o lingură de apă. Cînd salata s-a muiat, se adaugă zeama de zarzavat (sau de carne), aproximativ 300 ml, apoi oţet de fructe, după gust, şi verdeţurile (mărarul cu pătrunjelul) spălate şi tocate mărunt. Cînd se serveşte se adaugă smîntîna.

Supă de varză albă

130 g varză albă, 120 g roşii, 5 ml untdelemn, 10 g smîntînă, 20 g ceapă, cimbru, oţet de fructe.

Varza se curăţă, se spală, se taie subţire ca fideluţa şi se înăbuşă în untdelemn cu puţină apă. Se adaugă ceapa curăţată, spălată şi tocată mărunt, împreună cu cimbrul tocat tot mărunt. Cînd varza s-a muiat, se adaugă roşiile spălate, cojite şi tăiate felii. Se mai lasă încă zece minute să fiarbă înăbuşit, apoi se toarnă zeama de zarzavat (sau de carne), aproximativ 300 ml. Se pune oţet de fructe după gust şi se lasă să mai dea într-un clocot. La servire se adaugă smîntîna.

Ardei umpluţi cu orez

225 g ardei graşi, 50 g orez, 10 ml untdelemn, 120 g roşii (sau 128 g bulion), 5 g făină, 35 g morcovi, verdeaţă.

Se curăţă morcovii, se spală şi se rad. Orezul, după ce a fost ales şi spălat, se fierbe pe jumătate, împreună cu morcovul ras. Ardeii graşi se curăţă de seminţe, se spală şi se umplu cu orezul fiert.

Separat se desface făina în zeama de roşii preparată din roşii fierte, pasate şi amestecate cu untdelemn. Sosul astfel fiert se toarnă peste ardeii umpluţi. Se pun în cuptor sau se fierb cu capac. Se servesc cu verdeaţă spălată şi tocată fin.

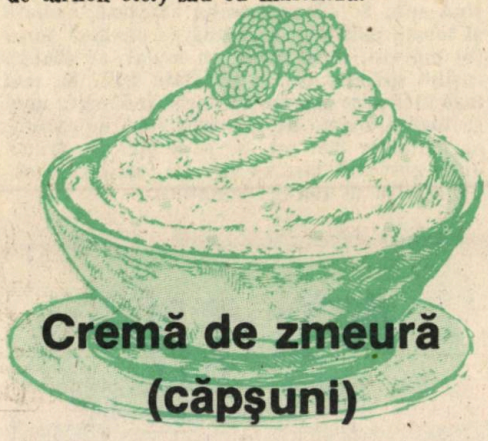
Mîncarea poate fi consumată şi de către cei cu afecţiuni hepatobiliare.

Chiftele de zarzavat

80-100 g fasole verde, 80-100 g morcovi, 50 g cartofi, 50 g roşii, 1/4 ou, 20 g făină, 25 ml untdelemn, 20 g pesmet, 30 g pătrunjel, verdeaţă.

Zarzavaturile se curăţă, se spală şi se pun la fiert în ordinea fierberii. După ce au fiert se scurge apa, iar zarzavaturile se taie în cuburi foarte mici. Se amestecă cu roşiile spălate, curăţate de coajă şi tăiate mărunt. Apoi se adaugă făina, oul şi verdeaţa curăţată, spălată şi tocată. Se formează chiftele şi se trec prin pesmet. Se prăjesc în untdelemn încins (fără să fumege).

Chiftelele astfel preparate se pot servi cu diferite sosuri dietetice (de roşii, de mărar, de tarhon etc.) sau cu maioneză.



Cremă de zmeură (căpşuni)

200 g zmeură, 15 g amidon, 20 g zahăr, 50 ml apă.

Se alege zmeura de frunze, se spală şi se scurge de apă. Se dă prin sită, iar jumătate din sucul obţinut se pune la fiert împreună cu apa. Cînd clocoteşte se adaugă zahărul şi amidonul amestecat (desfăcut) în puţină apă rece. Se pune la fiert timp de 10 minute. După ce a fiert, se ia de pe foc şi se lasă să se răcească puţin, apoi se toarnă sucul crud. Totul se răstoarnă într-un castron (compotieră) umezit şi se dă la rece. Se serveşte după ce s-a închegat.

*

Iată şi cîteva reţete folositoare diabeticilor. În paranteză sînt trecuţi hidraţii de carbon.

Roşii umplute cu ou

(conţine 12 g glucide)

240 g roşii, ouă, 5 g unt (sau margarină), verdeaţă, sare.

Roşiile se aleg potrivite ca mărime, se spală şi li se scoate miezul. În fiecare roşie se sparge un ou. Deasupra se pune puţină sare şi unt. Roşiile, astfel pregătite, se aşază într-un vas şi se bagă la cuptor aproximativ 10 minute, pînă ce ouăle se coagulează. La servire se presară deasupra verdeaţa tocată mărunt sau se pune fiecare roşie pe cîte o foaie (bine spălată) de salată verde.

Salată de conopidă

(conţine 12 g glucide)

200 g conopidă, 25 ml untdelemn, 50 ml lapte (nu se calculează pentru că rămîne în apa de fierbere, servind numai pentru albirea conopidei), 1/2 gălbenuş, oţet (după gust), verdeaţă, sare.

Conopida se curăţă, se desface în buchetele, se spală bine şi se pune la fiert în apă clocotindă, cu lapte şi sare. Se fierbe la foc încet, ca să nu se sfărîme. Apoi se scurge de lichid şi se amestecă cu maioneză preparată din gălbenuş, untdelemn, sare şi oţet.

La servire se adaugă verdeaţa tocată.

Omletă umplută cu carne

(conține 3 g glucide)

120 g carne, 20 g ceapă, 10 ml untdelemn, 2 ouă, verdeață, sare.

Carnea se curăță de pieliță și zgîrciuri. Se trece prin mașina de tocat și se înăbușă în untdelemn cu puțină apă, împreună cu ceapa curățată și tocată mărunt. Apoi se adaugă roșiile cojite și tăiate felii mici. Se înăbușă totul, pînă cînd carnea se moaie și lichidul scade complet.

Separat, albușul se bate spumă, după care se adaugă gălbenușul, puțină sare și se amestecă foarte ușor. Compoziția se toarnă într-o formă unsă cu untdelemn și se pune în cuptor, la foc iute. Cînd este gata, omleta se răstoarnă pe un tifon curat, pe deasupra se întinde umplutura de carne preparată înainte și se rulează. Omleta umplută se poate servi cu salată verde sau sote de fasole verde (atunci trebuie calculate glucidele din salată sau fasole).

Cremă de vanilie

(conține 4 g glucide)

1 gălbenuș 100 ml lapte (se scade din rația zilnică), vanilie, zaharină (sau ciclamat de sodiu).

Laptele se pune la fiert; în el se adaugă vanilia.

Separat se freacă bine gălbenușul, se adaugă puțină apă rece și se toarnă încet în laptele fiert. Se lasă să fiarbă mai departe, pînă se leagă crema, apoi se adaugă zaharina dizolvată într-o jumătate de lingură cu apă (sau ciclamatul de sodiu). Totul se toarnă într-o compotieră și se pune la rece.

Această cremă poate fi consumată și de suferinzii de ulcer gastric.

Toate rețetele descrise mai sus sînt calculate pentru o singură persoană. Cantitățile alimentelor se vor înmulți cu numărul consumatorilor.

ILEANA ȘERBĂNESCU-BERAR
Specialistă în nutriție și dietetică

MUSCA

(monolog)

Nu-mi face nici o plăcere
Neamul scîrnav de diptere;
Totuşi, musca asta rea
Ea a fost salvarea mea,
Că la vreme m-a oprit.

Mă dusesem în peţit,
La Smaranda lui Ionică.
Tinerică, frumuşică,
Mi-era tare dragă fata!
Masa tocmai era gata
Cînd, o muscă bîzîindă,
Hop! S-aşază pe oglindă
Şi de-acolo pe perdea.
Nu mă las: fug după ea,
Pînă în bucătărie.
Dau aici de-o murdărie
Cum nu mi-am imaginat:
Nu era un vas spălat,
După uşă sta gunoiul,
Mai cît muntele Negoiul,
Şi un roi de muşte-n zbor
Se plimbau în voia lor.
Am văzut, ca-ntr-un tablou,
Tot menajul meu cel nou
Şi mi-am zis: „La loc comanda!..."

N-am mai luat-o pe Smaranda.
De-aia zic şi de-aia spun:
Musca-i un indiciu bun;
Unde muscă multă este
Nu-i loc de peţit neveste
Şi dovada este clară,
Gospodina că-i murdară.

De-nsurat m-am însurat,
Cu Irina Calistrat.
Nu e prea frumoasă, dar
Casa parcă-i un pahar
Şi-n gospodăria mea
Musca n-are ce căta.
Dacă, totuşi, cîteodată
Vine vreuna nechemată,
Deşi-s om cu conştiinţă
Şi îi port recunoştinţă
Că n-am luat-o pe Smaranda,
Nu mai spun: „La loc comanda",
Ci urmează sacrificiul:
O ating vîrtos cu pliciul.

Florin Iordăchescu

EPIGRAME MEDICALE

UNEI ANESTEZISTE

E bună şi-nţelegătoare,
C-anestezia ei nu doare.
Şi cum aşa îi este firea,
Ea te adoarme cu... privirea.

UNUI CHIRURG

Cu bisturiu şi măiestrie
Traduce arta-n chirurgie!
Şi cînd vezi oamenii că-nvie,
Nu-i chirurgie, e... „magie"!

UNUIA, CARE S-A LĂSAT DE FUMAT

A avut voinţă mare:
Nici un muc nu mai fumează...
Şi-acum bea — şi încă tare:
Compensează!

DONATORILOR DE SÎNGE

Dacă unii n-aveţi fraţi,
Nu e cazul a vă plînge:
Sîngele care-l donaţi,
V-a făcut cu fraţi... de sînge!

UNUIA AFLAT LA DEZALCOOLIZARE

Mai formidabilă măsură
Ca asta, nici că se putea:
I-au scos măselele din gură,
Să nu mai tragă... la măsea!

UNUI ŞOFER

Ciocneşti pahar după pahar
Şi la volan, „emoţionat",
Cînd te ciocneşti de-un felinar
Zici că-i... reflex condiţionat.

D.C. MAZILU

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

legumele

leacuri la îndemîna oricui

Hipocrate, părintele medicinii, este socotit şi un premergător al principiilor medicinii moderne. El a acordat, în tratamentul bolilor, o mare importanţă dietei alimentare, băilor, gimnasticii şi tuturor produselor naturale ale solului, căci, după părerea lui, „natura însăşi îşi găseşte drumul". El consideră ca un fapt foarte important folosirea unor produse ale solului, cum ar fi legumele şi fructele, în profilaxia şi tămăduirea unor boli.

Acest mare adevăr a fost înţeles şi cultivat, din timpuri străvechi, de medicina populară.

Documente foarte vechi, provenind cu mulţi ani î.e.n., de la egipteni, chinezi şi, ceva mai tîrziu, şi de la greci şi romani, ne confirmă folosirea, cu rezultate deosebite, a unor legume şi fructe, în tratamentul unor boli, care s-au dovedit sensibile la acţiunea produselor naturale ale solului.

Ştiaţi, de exemplu, că două dintre cele mai folosite legume — usturoiul şi ceapa — conţin substanţe antibiotice, avînd astfel o funcţie fitoncidă, capabilă să împiedice dezvoltarea microbilor?

Sau că administrarea sucurilor sau extractelor altor două legume, tot aşa de cunoscute — varza şi salata — previne şi vindecă ulcerul stomacului şi al duodenului?

În cele ce urmează vă prezentăm cîteva dintre cele mai cunoscute legume, la îndemîna fiecăruia dintre noi, prin folosirea cărora se pot întîmpina sau trata unele boli mai frecvente.

Ardeiul (Capsicum annuum L.)

Este cunoscut şi sub denumirea de boia, piparcă, tiuper, paprică etc. Se întrebuinţează fructele, care conţin un principiu iute (capsaicina), diferiţi coloranţi, vitamine C şi P, ulei volatil, ulei gras etc. În afara folosirii lui în alimentaţie, are şi utilizări farmaceutice: antireumatic, stimulent al peristaltismului intestinal, al secreţiei gastrice etc.

Cum se foloseşte

1. *Îmbibat în vată*, se obţine vata termogenă, folosită în combaterea durerilor reumatice.

2. *Sub formă de fricţie antireumatică* (o linguriţă de ardei iute se amestecă cu o linguriţă de sare, 1/4 l alcool şi 1 l oţet de vin; se lasă la macerat cîteva zile, agitîndu-se din timp în timp) se foloseste la fricţionarea articulaţiilor dureroase şi a degerăturilor.

3. *Tinctura de ardei* se obţine punînd la macerat 10 părţi ardei, în 100 părţi alcool de 70°; se lasă la temperatura camerei 8—10 zile. Tinctura obţinută se diluează, la întrebuinţare, la o proporţie dublă. Fricţia se face cu un tampon de vată. Pe tegumente sensibile diluţia tincturii se măreşte.

4. *Pisat şi ars* în camere cu uşile şi ferestrele închise ermetic combate paraziţii (ploşniţele).

Atenţie! *Nu se va administra bolnavilor de stomac, ficat, căi urinare!*

Cartoful (Solanum tuberosum L.)

Poartă şi denumirea de: barabule, cartoafe, pere de pămînt, baraboi etc. În afară de tuberculi, întreaga plantă este otrăvitoare.

Cum se foloseşte

1. *Tăiat felii* se aplică pe frunte, ameliorînd durerile şi combătînd febra.

2. *Raşi*, aplicaţi pe arsuri, combat durerea şi iritaţia.

3. *Sub formă de cataplasme* (100 g cartofi se fierb cu 1—2 l apă pînă se obţine o pastă, care se întinde pe o cîrpă şi se aplică pe locul dureros) se foloseşte în sciatică, aplicîndu-se pe locul dureros, şi la dureri reumatice.

93312

Ceapa (Allium cepa L.)

În unele părți i se mai spune arpagică, cabă, cebulă etc. Din utilizările empirice menționăm: tratamentul furunculelor, rănilor, tusei, contra viermilor intestinali, în retenția de urină, antiseptic, hipotensiv, ușor hipnotic etc.

Cum se folosește

1. *Sucul de ceapă coaptă în spuză*, luat cu linguriță, combate tusea.

2. *Sucul de ceapă proaspătă* (1/2 pahărel într-o ceașcă de lapte cald și îndulcit cu miere), din care se iau 3 linguriță, dimineața și seara, are efect în combaterea viermilor intestinali și în ascită.

3. *Sucul de ceapă, amestecat cu ulei cald*, picurat în ureche, combate otitele.

4. *Cataplasme cu ceapă coaptă* sînt foarte eficace în dureri de gît, dureri în articulații, degerături, puroi în abcese.

5. *Dacă se amestecă o ceapă pisată cu unt, smîntînă, ceară sau seu*, se obține o pastă eficace în arsuri.

6. *Vin de ceapă:* 300 g ceapă rasă se pun în 1/2 l vin; se îndulcește cu 100 g miere; se iau cîte 2 linguri pe zi, ca diuretic și antihelmintic.

Atenție! *Nu se recomandă bolnavilor cu hiperaciditate stomacală și ulceroșilor. Excesul de ceapă dă senzații de ameteală și dureri de cap!*

Morcovul (Daucus carota L.)

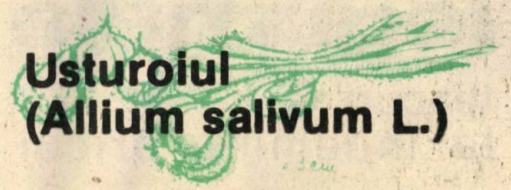
Este cunoscut și sub numele de carote, mure, marcoi etc. Este cultivat pentru nevoi alimentare, recoltîndu-se numai rădăcina, care conține caroten, substanțe aromatice, zahăr, vitamine (B,C,K) etc. Se folosește ca antirahitic, în vindecarea rănilor, întărirea vederii, boli de rinichi etc.

Cum se folosește

1. *Suc de morcovi:* se bea un pahărel pe zi, ca tonic general, pentru întărirea vederii (mai ales seara); de asemenea, în caz de menstruație abundentă, în boli hepatice, la vindecarea rănilor, astm etc.

2. *Cu suc de morcovi*, amestecat cu miere de albine, se ung bubele dulci.

3. *Morcovi rași* se pun pe arsuri, pentru vindecare (se pot folosi și morcovi fierți sau frunzele zdrobite).



Usturoiul (Allium salivum L.)

Se mai numește și aliu, aniu, ostoroi etc. Are numeroase întrebuințări în medicina chineză, indiană și la noi. Prezintă proprietăți antibacteriene și efecte de stimulare a digestiei, a funcției rinichilor; se folosește în ateroscleroză; este hipotensiv, afrodisiac, antihelmintic. Extern se folosește sub formă de fricții antireumatice, în otite (picurat în ureche), fricții pentru stimularea creșterii părului.

Cum se folosește

1. *Mujdeiul de usturoi* este folosit ca antigripal, în colici abdominale, ca hipotensiv, antihelmintic etc.

2. *Infuzie:* se fierb 10 g usturoi cu 100 ml apă. Se bea călduță, ca antihelmintic, sau se fac clisme pentru eliminarea oxiurilor.

O infuzie din 1—2 căței de usturoi fierți în lapte, la care se adaugă cît se poate lua cu trei degete frunze de pătrunjel, este bună — 1-2 cești pe zi — ca hipotensiv și vermifug (se adaugă laptele ca să înlăture mirosul usturoiului).

3. *Alifie:* se amestecă usturoi cu miere și cu unt proaspăt, pînă se obține o pastă omogenă, cu care se unge pe cap, pentru combaterea mătreții sau a paraziților capilari.

4. *Sucul de usturoi* picurat în urechi vindecă otitele.

5. *Tinctură:* se prepară din părți egale de suc de usturoi și alcool. Cu 4—6 picături într-un pahărel cu apă se face gargară în amigdalită.

6. *Sirop de usturoi:* se obține fierbînd o parte usturoi cu 2 părți apă, la care se adaugă 3—4 linguri de zahăr. Se recomandă ca stimulent al poftei de mîncare, ca hipotensiv, în boli renale etc., cîte 10—15 picături în apă sau suc de fructe.

7. *Vin de usturoi:* 3—4 căței de usturoi pisați, la care se daugă 1/2 l vin; se lasă la macerat 24 de ore; se bea cîte un pahărel, ca diuretic în litiaza renală și biliară.

Varza (Brassica oleracea L.)

Este numită și curechi cu căpățînă, broazbe etc. Planta se cultivă pentru nevoi alimentare. Se folosesc frunzele, care conțin celuloză, substanțe minerale, principii antitiroidiene. Se întrebuințează ca laxativ, diuretic, mărește rezistența capilarelor, ca antitiroidian, la vindecarea rănilor, varicelor, degerăturilor, nevralgiilor etc.

Cum se folosește

1. *Varză crudă:* se face cură de varză crudă, amestecată cu sare și bine frecată. Se lasă 1/2 oră și se consumă zilnic 1/2 kg. Este bună la ascită, la întărirea capilarelor, în tiroidopatii, în cura de slăbire.

2. *Zeama de varză murată:* se bea zilnic cîte un pahar, ca laxativ, antihelmintic, în cure de slăbire. Prin spălare vindecă rîia.

3. *Frunza de varză:* se folosește în cazul rănilor ulceroase, a arsurilor, degerăturilor etc. Se ia o frunză căreia i s-au tăiat nervurile și peste care s-a trecut ușor cu sucitorul, fără a o zdrobi prea tare. Foaia de aplică pe răni sau ulcerații, după ce acestea au fost bine spălate și curățate. Se aplică de 2 ori pe zi, legîndu-se strîns cu o bucată de pînză moale și uscată. Se poate folosi și în durerile reumatice, în nevralgii, sciatică, arsuri, degerături, pecingine (impetigo). Dacă nu avem varză crudă, se poate folosi și frunza de varză murată.

I. Murgan

De la GLUME...

... la buna dispoziție!

— Cînd te vei căsători, fiule, atunci vei înțelege ce înseamnă fericirea adevărată!

— Să fie, oare, cu putință? — a întrebat feciorul, pe tata.

— Da! Însă, deja va fi prea tîrziu!

— Eu mi-am cumpărat un automobil aerodinamic. Vreau să călătoresc mult, cu soția, ca să văd lumea! — se laudă un medic, față de un șofer.

— Care lume, aceasta ori cealaltă? — l-a întrebat șoferul.

Se povestește că Socrate a fost întrebat de concetățenii săi:

— Care este partea cea mai nesimțitoare a corpului omenesc?

— Nasul! — a răspuns, laconic, filozoful.

— Bunica mea l-a dus de nas pe bunicul meu toată viața, dar el nu a simțit niciodată nimic!

După trei luni de prietenie, Irzy a întrebat pe Jak:

— Ei, deci cînd mă vei prezenta, în sfîrșit, rudelor și părinților tăi?

— Actualmente, draga mea, practic este imposibil: copiii se află la mama-soacră, tata a plecat la pescuit, cu marinarii, iar soția la odihnă pe litoral.

Între gospodinele tinere:

(— Eu am descoperit un procedeu de a curăța ceapa, fără a mai plînge! — se bucură una din ele.

— Oare? Eu cred că nu-i cu putință! Dar, totuși, ce fel de procedeu practici, dacă-i așa cum spui? — a întrebat-o, curioasă, cealaltă.

— Nu o mai curăț eu! O dau soțului meu s-o cureță și s-o taie!

Bărbatul țintuit la pat, suferind de gripă, îi șoptește soției sale:

— Draga mea, dacă soarta mă va duce în lumea veșnică, tu îmi vei duce dorul, măcar cît de puțin?

— O, desigur, dragul meu! Doar tu știi perfect de bine că eu încep să mă vait de orișice fleac!...

Un celibatar convins stă de vorbă cu prietenul său:

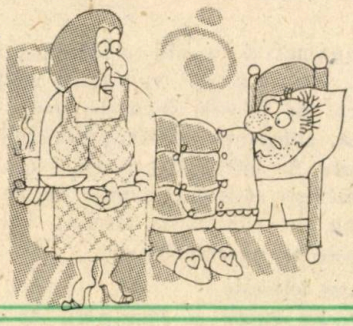
— Femeile sînt mai rele ca tîlharii de drumul mare!

— Dar de ce crezi tu asta, Pierre?

— Pentru că tîlharii pretind portofelul ori viața, pe cînd femeile, și una și alta, pe amîndouă deodată!

Culese, selectate și traduse din limba rusă de:

ALEXEI NICOLESCU



Gerontologice

Primul semn de bătrînețe este îngroșarea trupului; al doilea, slăbirea voinței de a fi activ. Înțeleptul reușește să le învingă pe amîndouă!

*

Starea firească a omului vîrstnic este de a fi un pic palid și de a da impresia că este slab și anemic. Cel care se laudă cu sănătatea lui de fier, cu grăsimea care-i atîrnă pe corp și cu sîngele ce-i pulsează îmbelșugat și nu tocmai ușor în artere, congestionîndu-l, îmbujorîndu-l, amețindu-l, creîndu-i iluzia de a fi „al naibii de puternic", se află de multe ori în mare pericol. În curînd, poate chiar azi, așa înfloritor cum este, se poate prăbuși datorită unui accident vascular. Ai zice că piere de prea multă „sănătate"?

*

Dacă ne-ar fi dată o viață lungă, de mai multe secole, ne-am putea îngădui, cînd și cînd, s-o irosim în lene și în palavre. Dar cînd ea este atît de efemeră, cum s-o pierdem ca niște neghiobi?

*

Ciroza, diabetul, cancerul, ateroscleroza cardiacă și cerebrală sînt boli degenerative care se încuibează cu încetul, pe nesimțite, de-a lungul a zeci de ani de excese și erori. Vrem să le evităm? Atunci trebuie să ne schimbăm imediat, chiar din clipa asta, modul nebunesc de a trăi!

*

Pentru ce atîta ură între acești oameni dacă, de la o zi la alta, prin moarte subită sau prin accident, amîndoi ar putea să dispară? Gîndul morții iminente face dușmăniile de neînțeles!

Sînt disperat că am ajuns vîrstnic, poate chiar la un pas de moarte, și nu cunosc decît vag arta de a trăi. La ce mi-au folosit toate cunoștințele cumulate în filosofie, în literatură, în știință, în meșteșugurile manuale, dacă în cea mai importantă dintre măiestrii, în aceea a seninătății sufletului și a fericirii, am rămas încă un ucenic?

*

Vîrsta nu se așază numai pe față; și sufletul, îmbătrînind, începe să capete riduri, să se acrească, să miroasă a praf și a mucegai. Întinerirea — cea promisă în zadar de elixirurile șarlatanilor — poate veni numai de la o adiere de dragoste, de la frumusețea unor impulsuri generoase, de la un soare cald și duios, de amurg!

*

Cînd un bătrîn tînjește după plăcerile tinereții, e semn că încă nu a descoperit desfătările, infinit mai multe și mai înalte, legate de vîrsta sa.

*

Pentru insul apatic, blazat, îmbătrînit, cele mai multe evenimente nu au nici un ecou; nici trăsnetul, dacă l-ar lovi, nu ar putea rupe așchii din sufletul său de piatră. Dar pentru omul cu adevărat viu, sensibil, deschis, ardent, și incidentul cel mai banal se învăluie într-o aură scînteietoare și devine un mare eveniment. Feeriile, cîte le trăim, sînt în sufletul nostru!

*

A îmbătrîni nu-i decît o vorbă proastă, scornită de cei care vor să trîndăvească. Harnicii nu au timp să se simtă bătrîni.

IONEL BANDRABUR

REȚETE pentru viață lungă

A îmbătrîni nu este decît un obicei rău, cu care un om activ nu are timp să se obișnuiască.

André Maurois

Nu! N-am descoperit „elixirul tinereții". N-am găsit formula magică căutată, secole de-a rîndul, de alchimiștii Evului Mediu. Nu sînt nici în posesia rețetei miraculoase a „tinereții fără bătrînețe" din basmele ce ne încîntau copilăria.

Îmi pare rău... dar nu s-a inventat încă un medicament care să producă ani în plus. Și nici nu cred că o să se inventeze, cel puțin, în viitorul apropiat. Medicamentul de viață lungă n-a apărut încă nici în literatura științifico-fantastică a lui Welles sau Asimov. Cu atît mai mult în farmacii!

De aceea nu pot spune: «Pentru a trăi mult, pentru a trăi 100 de ani sau pentru a depăși această limită... luați „preparatul X"... de 3 ori pe zi... după mese... cu apă multă». Sau: «Faceți cîte o injecție pe lună cu „produsul Y" — intramuscular profund!».

Asta înseamnă că nu la farmacie vom găsi rețetele pentru viață lungă.

— Atunci unde? veți întreba.

— În modul nostru de viață! — zic eu. — În cele cîteva rețete... mai deosebite... poate mai neobișnuite pe care sper să aveți răbdarea să le citiți. În rețetele... pe care n-aș vrea să le luați ca venind de la un superior, de la un atotștiutor... ci de la un prieten care are, cel puțin de data aceasta, dreptate! Da! Sper să am dreptate... să fiu înțeles și — mai ales — urmat.

Prima rețetă

Rp. Prima rețetă de viață lungă se adresează tinerilor sau mai vîrstnicilor... necăsătoriți. Dragii mei! Căutați-vă cît mai repede „jumătatea"! Întemeiați de urgență o familie trainică! Asta... și pentru că celibatarul face mai des infarct și hipertensiune arterială... pentru că el are speranța de viață mai mică decît cel căsătorit.

Un burlac convins și hîtru mi-ar putea replica cu aforismul lui Paul Valery: „Dumnezeu l-a creat pe bărbat, dar considerîndu-l prea singur... i-a dat o tovarășă... ca să-l facă să regrete singurătatea". Argumentul nu e convingător... mai ales că Valery nu avea noțiuni de statistică medicală. Or, aceasta (statistica) arată clar, convingător, în limbajul implacabil al cifrelor, că tovarășa de viață înseamnă — de cele mai multe ori — și viață lungă.

Deci, prima rețetă de viață lungă se execută prompt... la Oficiul Stării Civile.

A II-a rețetă

Rp. Se iau toate țigările din casă — Tomis, Carpați sau Kent — cu sau fără filtru — și se aruncă la gunoi. Împreună cu țigaretul. Chibriturile... se opresc pentru alte întrebuințări.

Dacă nu vă hotărîți imediat gîndiți-vă cînd aprindeți o țigară că... odată cu fumul ei se duc și cîteva minute din viață! Un fumător care a „ars" 20—30 de țigări pe zi — timp de 25 de ani — se poate aștepta să trăiască cu 8,5 ani mai puțin decît altul — de aceeași vîrstă — care nu fumează.

Prescripția e clară și simplă: fără tutun viața este mai lungă. Și încă o precizare: de tutun te lași o dată și bine... nu de 100 de ori... nu în fiecare zi, ca M. Twain.

A III-a rețetă

Rp. Rețeta privind băutura mi-a fost inspirată de un proverb japonez: „Cu întîiul pahar omul bea vin, cu al doilea vinul bea vin, cu al treilea vinul îl bea pe om". De aceea... rămînem la primul pahar... și asta nu în fiecare zi. „Vinul de viață lungă" este o figură poetică, un pretext pentru adepții lui Bachus, chiar cînd are culoarea galbenă a chihlimbarului și vine de la Cotnari sau Murfatlar.

Tot apa e mai sănătoasă! Și ea poate fi prescrisă fără restricții!

Dar să continuăm prescrierea rețetelor de viață lungă!

A IV-a rețetă

Rp. Învățați să respirați. Da! Ați citit bine! Învățați să respirați... căci mulți respiră incorect. Or, o respirație corectă (deprinsă cu ajutorul medicului curant)... înseamnă oxigen în plus... înseamnă sănătate. De aceea cîteva „reprize" de respirație corectă în timpul deplasărilor către sau de la locul de muncă și — mai ales — în timpul liber, în natură, sînt indispensabile longevității, atingerii „vîrstei de aur".

A V-a rețetă

Rp. Mergeți — pe jos — cît mai mult! Faceți sport zilnic. Indiferent că plouă, ninge sau dogorește soarele!

Uităm — da, uităm — prea ușor că omul a fost programat pentru mișcare. Că înainte de a merge cu automobilul sau metroul, de a urca cu liftul, de a sta la birou sau a lucra la un utilaj perfecționat, a alergat zeci de milenii ca să-și procure hrana, a muncit din greu pe ogor. Și efortul, munca fizică au contribuit la evoluția sa!

De aceea... să spunem „*nu*" sedentarismului! Să părăsim fotoliul îmbietor, din fața televizorului! Să mergem pe jos, să facem gimnastică, să urcăm scările — cel puțin pînă la etajul III-IV! Iată cîteva rețete simple, la îndemîna tuturor, de prevenire a îmbătrînirii articulare. Or, omul are vîrsta articulațiilor sale!

Efortul fizic — alergarea, crosul, natația, tenisul, schiul sau patinajul — ca și oricare alt sport (nu numai fotbalul în care... 22 aleargă și cîteva zeci de mii stau și privesc, fumînd vîrtos și ronțăind „bomboane agricole") — ameliorează funcția inimii și a plămînilor, întîrzie îmbătrînirea arterelor. Or, omul are vîrsta arterelor sale!

Deci rețeta e simplă și ieftină: mișcare zilnică, mișcare sub orice formă; iar rezultatul e cert: o bătrînețe frumoasă și demnă.

A VI-a rețetă

Rp. Ultima rețetă — dar poate cea mai importantă pentru viața lungă — este legată de masa familială: luăm pîine — cît mai puțină — zarzavaturi și legume de sezon cît cuprinde. Salată după o rețetă giorgiană în care darnicul pune untdelemn, zgîrcitul oțet, înțeleptul sare... iar nebunul o mestecă. Se adaugă o bucată de pește sau de carne slabă și multe fructe. Totul se servește... la ore fixe... și într-o atmosferă cît mai plăcută. Ca la mama acasă!

Rețetele mele de viață lungă nu au nimic spectaculos în ele. Recunosc! Nu sînt nici ușor de urmat întotdeauna, dar ele fortifică corpul, îndepărtează bolile și prelungesc tinerețea, vigoarea. Aduc ani în plus!

Încercați să le urmați și — la aniversarea centenarului — veți spune: „Da! A avut dreptate! Au fost, într-adevăr, rețete de viață lungă!".

Dr. **EUGEN ALEXE**
Medic primar
Doctor în medicină

medici și pacienți

ÎN VÎRFUL PENIȚEI

Soția bandajează rana provocată soțului de oala pe care i-a aruncat-o în cap și îl compătimește:

— *Ce te-ai face tu fără mine! Cine ți-ar fi dat primul ajutor?*

*

Medicul ginecolog telefonează acasă:

— *Alo, Olguța, bucură-te, ai primit un frățior!*

— *Vai, ce bine îmi pare! Pe mămica ai anunțat-o?*

*

În prima zi a anului, deci după revelion, un cetățean este dus la doctor:

— *Nu pot preciza ce suferință ai! Probabil din cauza băuturii!*

— *Nu face nimic, doctore, revin după ce te trezești!*

*

Un bancher obez cere vestitului medic R.W. remediul pentru a slăbi:

— *Să trăiești din trei mărci pe zi, dar și pe acestea să le cîștigi prin munca ta.*

*

La stomatolog:

— *Va trebui să-ți scot măseaua!*

Pacientul, înfricoșat, începe să tremure. Medicul, ca să-l îmbărbăteze, îi toarnă un păhărel de coniac. Pacientul bea, dar nu se liniștește. Îi mai toarnă unul, și încă unul. Cînd îl vede potolit, îl întreabă:

— *Ei, acum avem curaj?*

— *Și încă cum! — răspunde pacientul, amenințător. — Să îndrăznească cineva să se atingă de măseaua mea!*

*

Urgență:

— *Repede, — se adresează medicul fiicei sale, — dă-mi trusa! Mi-a telefonat un pacient afirmînd disperat că nu poate trăi fără mine.*

— *Nu te grăbi, tăticule! Cred că telefonul era pentru mine.*

Culese și selectate de:
Dr. **RADU CĂRPINIȘAN**

fumători-voință-motivație

Rîndurile de față sînt adresate cu precădere acelora dintre dumneavoastră, stimate cititoare și stimați cititori, care fumați și ați promis că de la o anumită dată isprăviți cu țigările. Dar iată că termenul a trecut, iar din promisiunea făcută nu s-a ales nimic — precum, dealtfel, vi s-a mai întîmplat, nu o dată. În explicarea noului eșec poate veți spune, așa cum v-au reproșat-o și alții, că n-ați dovedit destulă voință. De aceea vă propun să luăm puțin în discuție această explicație.

Voința să fie totul?

Fără îndoială că pentru un act atît de curajos cum este abandonarea fumatului trebuie multă voință, este necesară o voință de fier. Dar să fie de ajuns voința, sau mai e nevoie de ceva? Pentru a răspunde, să recurgem la un exemplu. Un fumător a primit la un moment dat diagnosticul de cardiopatie ischemică sau a trecut cu bine printr-un infarct miocardic. De atunci, ca prin minune, nu se mai atinge de țigări. Cum de s-a produs minunea, este prea limpede pentru a mai fi nevoie de vreo precizare. Dar semnificația acestei bruște victorii a voinței merită toată atenția. Înseamnă, incontestabil, că de data aceasta voința și-a găsit un suport puternic într-o *motivație*. Și mai înseamnă, prin urmare, că un fumător realmente dornic să se descotorosească de obiceiul său va avea mai multe șanse de succes dacă va izbuti să-și formeze o motivație capabilă să-i alimenteze voința, știind că de fapt voința nu-i lipsește și chiar, în diferite ocazii, l-a ajutat să învingă alte greutăți, să atingă alte țeluri.

În prealabil, la o parte cu motivațiile negative!

În speța de care ne ocupăm, termenul de motivație negativă ar cuprinde tot ceea ce ar voi să justifice continuarea fumatului.

• Unii fumători, eventual, nu cred că ar fi adevărate chiar toate de cîte este făcut vinovat fumatul și presupun că medicii ar fi înclinați să exagereze. Dar pare puțin probabil ca o astfel de motivație negativă să întrunească prea mulți aderenți. Nocivitățile fumatului, mai ales așa cum au fost puse în evidență de cercetările ultimelor două-trei decenii, poartă girul unei impecabile seriozități științifice și este firesc ca oamenii epocii noastre să-i acorde științei tot creditul.

• Alți fumători, apreciind drept valabile datele aduse de știință, se consideră personal feriți de orice pericol, pe motiv că se știu sănătoși, rezistenți și se simt bine tot mereu, inclusiv la sfîrșitul zilei, după întreaga porție de țigări. Acelora care ar invoca o astfel de acoperire se cuvine să le fie amintit caracterul lent și ascuns pe care-l îmbracă evoluția de început a mai tuturor afecțiunilor generate de fumat.

• Vine la rînd categoria mult mai largă a acelor fumători care admit că se expun, dar acceptă riscurile, sub cuvînt că n-au încotro, deoarece prea „le-a intrat în sînge fumatul". În privința solidității cu care s-a înrădăcinat obiceiul de a fuma, trebuie făcută distincția între două mecanisme. La unii fumători operează în principal obișnuința, repetarea aproape mecanică a gestului de a scoate țigara din pachet, de a o aprinde ș.a.m.d., dorința propriu-zisă de a fuma intervenind într-o proporție mai redusă. La alții, dimpotrivă, acționează mai degrabă dependența, cînd fumătorul simte cu mare acuitate necesitatea de a inhala fumul de tutun și efectiv trece prin momente grele dacă i s-a întîmplat să rămînă fără țigări. Dependența aceasta ar putea să aibă un substrat biochimic, la fel ca în farmacodependența pe care o creează unele medicamente sau drogurile.

Dar este cert că și dependența psihică deține o pondere. Mai întîi, pentru că țigara îi face plăcere fumătorului. Pe urmă, pentru că i se acordă țigării diverse atribute, ca de exemplu cel de a fi un prieten la bucurie sau la necaz, de a ajuta la surmontarea unor situații mai dificile etc. Însă trebuie subliniat

că dependența față de țigări nu are aceeași forță ca dependența față de droguri și nici aceeași bază fiziopatologică. Dovada cea mai elocventă o oferă faptul că nu se cunoaște nici un caz în care abandonarea fumatului ar fi adus cuiva vreun cît de mic prejudiciu, să-i influențeze în rău sănătatea.

Pentru construirea unei solide motivații pozitive

Așadar, premisele succesului în tentativa de a renunța la țigări s-ar putea contura în felul următor: voința — evident indispensabilă — să aibă drept suport o motivație întemeiată pe argumente cu reală forță de convingere. De bună seamă, elaborarea unei astfel de motivații nu poate să urmeze vreun șablon, ci presupune aceeași diversitate pe care o cunoaște structura personalității fiecărui om. Totuși, credem că un punct de plecare comun poate fi găsit într-o operațiune mintală de cîntărire. Aceasta ar însemna să fie puse pe un taler avantajele fumatului și pe celălalt dezavantajele, spre a aprecia, în final, în ce parte se înclină balanța. Avantajele, firește, rămîn la libera evaluare și ele trebuie să existe, altminteri nimeni n-ar mai fuma. În ceea ce privește dezavantajele, ele pot fi grupate în două principale categorii, după criteriul duratei care este de scontat că va trece pînă ce ele să se facă resimțite.

Dezavantaje de perspectivă

În categoria dezavantajelor de perspectivă se situează totalitatea afecțiunilor în a căror apariție este recunoscută implicația fumatului ca factor de risc. Din a lor lungă listă, în general cunoscută, să ne fie permis a ne opri la numai două entități.

• *Cancerul* merită să figureze pe un plan avansat al atenției, cunoscută fiind creșterea considerabilă a riscului ca efect al fumatului. Unii autori au mers pînă la a aprecia că dacă, prin minune, ar dispărea fumatul de pe întreaga suprafață a globului terestru, atunci și cifra cazurilor de cancer bronhopulmonar ar marca o scădere spectaculară, tinzînd către zero. Însă merită să fie menționate datele de cercetare care cuantifică în termeni riguroși creșterea riscului sub influența fumatului și pentru alte localizări ale cancerului: la gură, faringe, laringe, esofag, pancreas, ficat, stomac etc.

• *Bolile cardiovasculare*, în majoritatea lor, au drept fond ateroscleroza, maladie degenerativă interesînd arterele mari și mijlocii, inclusiv coronarele, cele care duc sîngele la mușchiul cardiac. Dintre numeroșii factori de risc incriminați în ateroscleroză, literatura medicală detașează frecvent un număr de trei, zișI cu pondere majoră, și anume: *hipercolesterolemia*, *hipertensiunea arterială* și *fumatul*.

Este demonstrat că substanțele din fumul de tutun determină anumite dereglări metabolice care fac, între altele, să crească colesterolul în sînge. Deci, iată cum apare o legătură directă, de la cauză la efect, între fumat și hipercolesterolemie.

Este totodată știut că fumatul face să se accelereze pulsul și să se ridice tensiunea arterială. După două țigări de obicei tensiunea arterială crește, timp de 15—17 minute, cu 1—2 centimetri de mercur, ceea ce nu este tocmai puțin. Deci, iată cum apare iarăși o legătură directă, de la cauză la efect, între fumat și tensiunea arterială.

Dacă ne reîntoarcem pentru o clipă la triada factorilor de risc majori hipercolesterolemie-hipertensiune-fumat, constatăm acum că fumatul se profilează ca un factor de risc avînd un caracter foarte special: *el este un factor de risc al celorlalți doi factori de risc!* Aceasta pentru a nu mai vorbi de spasmele arteriale provocate de nicotină și care pot să determine declanșarea acelor redutabile manifestări clinice ale aterosclerozei, care sînt criza dureroasă de angină de piept, infarctul miocardic și accidentul vascular cerebral.

De unde se vede că renunțarea la țigări realizează o triplă lovitură, izbind, dintr-o dată, în trei factori de risc majori. Avem și aici explicația efectului net pozitiv recunoscut abandonării fumatului asupra evoluției procesului aterosclerotic și asupra cardiopatiei ischemice. Găsim totodată explicația motivației care-i îndeamnă, în zilele noastre, pe tot mai mulți fumători să rupă cu țigările. Deosebit de semnificativ apare faptul că printre cei care trec în rîndurile nefumătorilor proporția cea mai ridicată o dețin medicii. Evident, dorința de a evita bolile cardiovasculare nu constituie singura motivație, pentru că omul nu are numai o inimă de păzit, ci și doi plămîni, un aparat digestiv, un sistem neuroendocrin și, într-un cuvînt, un corp întreg, dat fiind că nu există organ, țesut sau funcție care să scape efectelor nocive ale fumului de tutun.

Dezavantaje cu scadență mai scurtă...

Aici se situează pe un plan absolut preponderent *oxicarbonismul tabagic cronic*, respectiv intoxicația cronică dată de oxidul de carbon inhalat chiar în cantități mici, dar în mod repetat, sistematic.

Toxicitatea oxidului de carbon provine de la proprietatea acestui gaz de a da, împreună cu hemoglobina, un compus relativ stabil, *carboxihemoglobina*. Corespunzător cu proporția carboxihemoglobinei, o parte a sîngelui devine incapabilă să-și mai îndeplinească funcția de transportare a oxigenului de la plămîni la țesuturi. Pe deasupra, prezența în sînge a oxidului de carbon duce și la diminuarea cedării către țesuturi a oxigenului fixat pe hemoglobina rămasă nealterată.

Hemoglobina are pentru oxidul de carbon o afinitate de aproximativ 250 de ori mai mare decît pentru oxigen. Aceasta explică de ce carboxihemoglobina se poate forma și în prezența oxidului de carbon într-o concentrație redusă. La arderea țigărilor se produce întotdeauna o cantitate de oxid de carbon, suficientă pentru a duce la ridicarea proporției de carboxihemoglobină în sînge chiar dincolo de 10% la fumătorii a două pachete de țigări pe zi. *Acesta este oxicarbonismul cronic tabagic*. De pe urma lui se resimte întregul organism, dar suferă în primul rînd trei organe care au cea mai mare nevoie de oxigen: creierul, inima și ficatul. Drept urmare, oxicarbonismul tabagic se însoțește de o serie de simptome, cum sînt: astenia, cu scăderea capacității intelectuale, a memoriei, atenției și a puterii de concentrare; durerile de cap, generalizate sau localizate, fie la tîmple, fie la frunte și în orbite; amețelile; tulburările cardiace, de la palpitații și dureri în dreptul inimii, pînă la veritabile crize anginoase; apoi pierderea poftei de mîncare, grețurile, vărsăturile și încă alte și alte tulburări. Vîrstnicii care mai fumează n-ar trebui să piardă din vedere că trecerea anilor face în mod inerent să slăbească puterea organismului de a se împotrivi oxicarbonismului cronic.

...dar și avantaje imediate!

În elaborarea motivației menite să susțină voința și să asigure succesul deciziei de a renunța la fumat, un ajutor prețios poate veni de la statul de vorbă cu una sau mai multe persoane care au izbutit să se numere definitiv printre foștii fumători. În general, informațiile culese vor concorda în a releva o serie de avantaje dobîndite destul de repede:

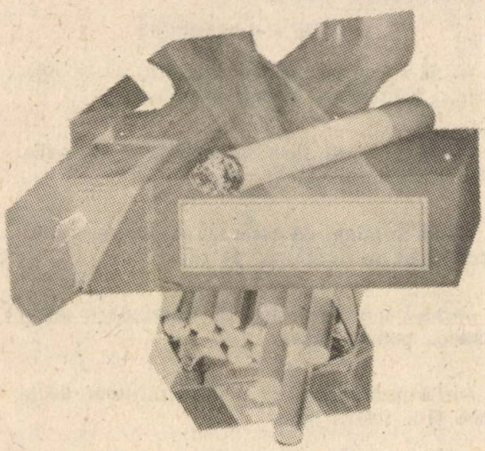
- *pe plan fizic și funcțional*, creșterea vioiciunii, a poftei de a trăi și a lucra, a atenției și a puterii de concentrare, îmbunătățirea apetitului, curmarea senzației de „gură rea", amară și cleioasă, dispariția unor necazuri care otrăvesc cîteodată serile fumătorului, cum ar fi durerile de cap și în globii oculari, greața și sughițul, transpirația rece și nesănătoasă;
- *pe plan psihic*, fericirea de a nu mai fi sclavul țigării și, mai presus de toate, satisfacția imensă generată de capacitatea dovedită de a birui obstacolele, de a ieși victorios dintr-o încercare serioasă și grea.

Invitație la modernitate

Într-un fel, dorința de a fi în pas cu moda poate, la rîndul ei, să fie valorificată în elaborarea motivației potrivnice fumatului. Nefumătorul este demn să fie considerat drept un om esențialmente modern, un om al timpului nostru. În prezent, asistăm pretutindeni la un fenomen de trezire a conștiințelor în fața pericolelor fumatului. Avertismentele din ce în ce mai bogat argumentate științific, lansate de întreaga lume medicală, încep să-și dea roadele. Peste tot — desigur treptat, încetul cu încetul, față de un obicei atît de larg și de solid înrădăcinat — prinde putere un curent de opinie ostil fumatului. Dintr-o țară sau alta, dintr-un oraș sau altul, sosesc mereu noi și noi date despre creșterea proporției nefumătorilor în totalul populației și, implicit, despre subțierea rîndurilor acelora care continuă să fumeze.

Asistăm, așadar, la o evoluție spre afirmarea spiritului practic, spre triumful inteligenței și al rațiunii lucide asupra celui mai periculos dintre factorii *evitabili*, care amenință sănătatea oamenilor societății moderne.

Dr. **AL. GHEORGHIU**



SĂTUI TORUL

Anu-acesta-n Cireșar,
Mă-ntîlnii cu un coșar
Și, oprindu-l, i-am spus lui:
— Aș vrea coșul pieptului
Să mi-l cureți imediat,
Pînă nu-s eu curățat!...
— Dar de ce?
— Ca fumător,
Eu tușesc îngrozitor,
Încît nopțile, pe loc,
Scol din somn întregul bloc!
El, scoțînd din buzunar
O țigare de Plafar,
Îmi șopti, fără răgaz:
— Vreți să n-aveți alt necaz
Care dă grele urmări?
Fumați astfel de țigări,
Dacă nu vă e ușor
S-ajungeți ex-fumător!

V.D. POPA

CULMI

(posibile și imposibile)

— Să-l rogi pe medicul chirurg, să te opereze... pentru a-ți ascuți mintea.

— Să nu poți face un calcul matematic, din cauza unui calcul renal.

— Să te plîngi că soția îți scoate peri albi, fără să ai un fir de păr pe cap.

— Să-i spui doctoriței că suferi de o afecțiune... pentru dînsa.

— Să motivezi că ți-ai băut mintea, deoarece ți-a fost... sete.

— Să mergi pe litoral și în loc să te bronzeze soarele... să te jupoaie o divă.

— Să ți se spună „că ai o inimă cît trei" și din acel moment să începi a merge... la medicul cardiolog.

— Să te prezinți de urgență la doctor, pe motiv că o frumoasă asistentă... ți-a sucit capul.

— Să mergi la medicul ortoped să te trateze, deoarece în permanență... bați pasul pe loc.

— Să te duci la părinții logodnicei spre a-i cere mîna, iar aceștia să-ți spună că nu ți-o pot da... deoarece îi este fracturată.

Ing. **I. NEGREANU**
Membru al Clubului epigramiștilor
„Cincinat Pavelescu"

COSMETICĂ

Este bine să ştim...

— Întrebări şi răspunsuri —

Puteţi evita cauzele care duc la apariţia ridurilor?

Ridurile nu sînt neapărat apanajul bătrîneţii. Aparitia lor este provocată deseori şi de alţi factori de care trebuie să ţinem seama pentru a le putea preîntîmpina. Dintre aceştia menţionăm:

— Contracţia inutilă, repetată, a musculaturii feţei, ca urmare a unor stări sufleteşti depresive, actionează un număr de circa 60 de muşchi, favorizînd apariţia unor cute adînci. De aceea este necesar să ne controlăm şi să ne debarasăm cît mai repede de asemenea obiceiuri.

— Vîntul, frigul, căldura, umiditatea, variatiile de temperatură au o influenţă dăunătoare asupra pielii neprotejate.

— Expunerea neraţională la soare duce la deshidratarea, uscarea, cojirea şi ridarea obrazului.

— Lumina prea puternică face ca ochii să se strîngă, ceea ce duce la formarea unor cute denumite „laba gîştii". Aplicarea în această regiune a unei creme hrănitoare şi purtarea ochelarilor de soare pot evita acest neajuns.

— Cititul la lumină slabă sau în condiţii necorespunzătoare duce la aceleaşi neajunsuri.

— Curele de slăbire neraţionale îndepărtează brusc suportul de grăsime necesar pielii pentru menţinerea netezimii ei. Pierderea în greutate trebuie făcută în mod treptat.

— Lipsa dinţilor face ca muşchii obrajilor să cadă, ceea ce îmbătrîneşte figura. Pentru acest considerent şi pentru altele de ordin general (tulburări în funcţionarea tubului digestiv) se impune completarea danturii, purtarea unor proteze etc.

— Consumul exagerat de băuturi alcoolice, cafea, tutun influenţează, de asemenea, într-o oarecare măsură, apariţia timpurie a ridurilor.

— Oboseala exagerată, nopţile nedormite, o viaţă dezechilibrată contribuie, în mare măsură, la formarea ridurilor.

— Lipsa de îngrijire sau o îngrijire necorespunzătoare, contraindicată, sînt cauzele cele mai frecvente care duc la apariţia ridurilor.

— Abuzul de fard şi pudră, în special pe un ten uscat, accentuează gradul de uscăciune al pielii şi deci cutarea ei.

Sînteţi invitate şi doriţi să arătaţi bine. Cum vă pregătiţi?

Chiar dacă sînteţi obosite de munca depusă în timpul zilei doriţi, cum este firesc, să arătaţi frumoase, să aveţi o înfăţişare agreabilă şi corectă.

Pentru ca ţinuta să fie impecabilă, să emane prospeţime şi bună dispoziţie, nu trebuie să ne rezumăm numai la înfrumuseţarea feţei, ci să acordăm o atenţie deosebită şi părului, corpului, mîinilor şi unghiilor.

Nu trebuie neglijat nici faptul că în tot timpul aplicării tratamentului corpul va rămîne în stare de repaus absolut.

În cazul tenului uscat vom începe prin curăţirea riguroasă a obrazului, ungerea porţiunilor din jurul ochilor cu o cremă grasă, apoi expunerea obrazului, timp de 5 minute, la abur. Vom masa faţa cu cremă nutritivă timp de 5—10 minute, după care vom aplica o mască de gălbenuş de ou amestecat cu 1 linguriţă untdelemn şi 1/2 linguriţă miere de albine şi vom rămîne în poziţie culcat timp de 20 de minute. Pe ochi vom aplica tampoane de vată îmbibate cu soluţie de muşeţel sau acid boric. Se spală obrazul cu apă călduţă, se aplică comprese alternative calde-reci, se unge pielea cu cremă semigrasă sau coldcremă. La sfîrşit se realizează machiajul, după dorinţă.

Dacă tenul este gras, iritat, după curățirea obrazului cu o emulsie demachiantă, se aplică pe obraji, frunte și bărbie, 4 tampoane de vată înmuiate într-o soluție de alaun 1%, în care am stors și zeama unei lămîi. Pe ochi se aplică 2 tampoane de vată cu infuzie de mușețel. Rămînem întinse pe pat 10 minute, după care îndepărtăm tampoanele, ungem fața cu o cremă de zi și executăm un masaj timp de 5 minute; aplicăm apoi o mască cu albuș de ou amestecat cu zeamă de lămîie, sau o mască de drojdie de bere cu miere de albine. După un repaus de 10—15 minute, îndepărtăm masca cu apă călduță, clătim fața cu apă rece, ungem pielea cu cremă de zi, apoi ne machiem.

Suferiți de complexul părului de prisos?

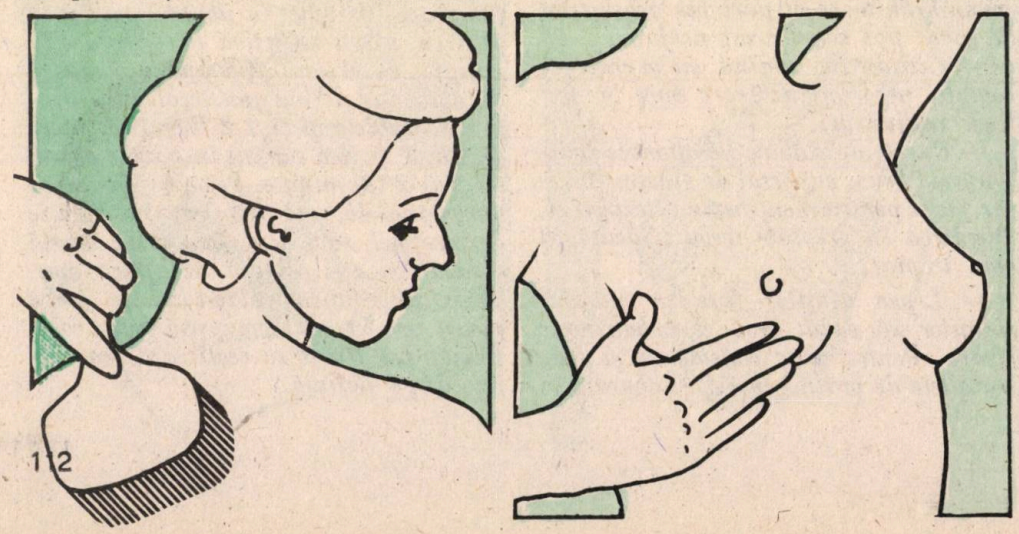
La unele femei, din cauza unor tulburări survenite în funcția glandelor endocrine, își fac apariția la mustăți, bărbie sau obraji fire mai groase de păr, imprimînd obrazului un aspect inestetic și lipsit de feminitate.

Un prim sfat ar fi decolorarea părului, folosind în acest scop o cremă decolorantă, conținînd perhidrol. Dacă procedeul nu ne satisface, se recurge la depilarea acestuia, folosind un depilator pe bază de rășini, care prezintă avantajul de a nu fi costisitor, este ușor de realizat, iar părul reîncepe să crească abia după 1—2 luni. Firele de păr sînt prinse în masa de rășină și, prin îndepărtarea acesteia, sînt smulse din rădăcină.

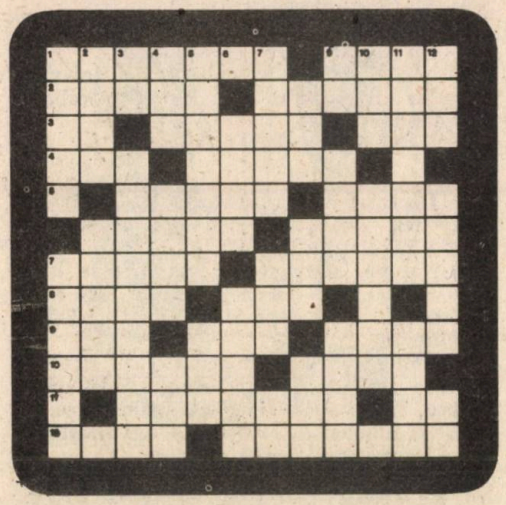
Un astfel de depilator îl putem prepara din 100 g colofoniu și 25 g ceară de albine. Substanțele se topesc pe foc mic, se lasă să se răcorească pînă cînd, aplicînd de probă pe mînă, amestecul nu ne frige. Cu ajutorul unei spatule de lemn se aplică fîșii înguste în direcția creșterii firului de păr. Lăsăm să se răcească, apoi smulgem brusc fîșiile, trăgînd în sens contrar aplicării lor.

Dezinfectăm regiunea respectivă cu o soluție alcoolică, apoi aplicăm puțină cremă de zi și pudrăm.

Farm. **Ludmila Cosmovici**
Farm. **L. Zisu**



PIELEA

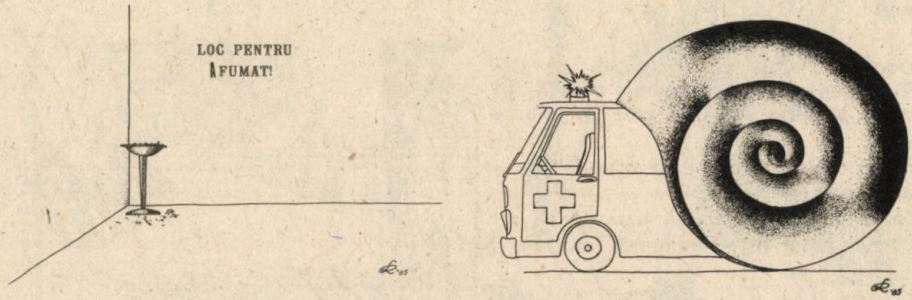


ORIZONTAL: 1. Poet român (1943—1985), autorul volumului de versuri „Pielea Minotaurului“ (Marius) — Fiul lui Ștefan al Petrei, pe care maică-sa, luîndu-i hainele, l-a lăsat în pielea goală pe malul Ozanei, drept pedeapsă că o zbughise pe furiș de-acasă (Ion Creangă: „Amintiri din copilărie“). 2. Căpetenia argonauților, care avea aruncată pe umăr o piele pestriță de panteră și numai piciorul drept îi era încălțat cu o sanda (mit.) — De piele. 3. Sigur, la-nceput așa-i! — „Pielea de...“, roman scris de Honoré de Balzac — Apuc. 4. Coeficient de epurație sanguină (abr.med.) — Cuvînt strict tematic. 5. Îți furnică pielea — Hîrb. 6. Bucată de piele sau de carton care se aplică în interiorul încălțămintei, peste talpa propriu-zisă — Fierbinți. 7. Numai piele și os (pl.) — „...în piele de tigru“, poemul poetului și umanistului gruzin Șota Rustaveli (sec. XII), conceput în spiritul eposului cavaleresc. 8. Fluviu în Laponia — Etaj. 9. Localitate în R.F. Germania — Unitate de măsură pentru piele, egală cu 929 cm² — Arbust. 10. Luna februarie (pop.) — Specie de grîu. 11. Infecție virotică, contagioasă, care apare la vîrsta copilăriei, caracterizată printr-o erupție generalizată de culoarea roșie pe piele și pe mucoase (pl.) — Negație. 12. Rîu în India — Tăbăcitul pieilor.

VERTICAL: 1. A-și pune pielea în saramură (fig.) — Personaj din volumul „Tașca de piele“, de Viniciu Gafița. 2. „Tunde-o dar nu-i lua și pielea“ — spune o zicală — Părul sau lîna care acoperă pielea unor animale. 3. Barbu Stoian — Vopsitorii de piele... sezoniere. 4. Zeița dimineții, la greci (mit.) — Furcă de lemn cu patru coarne (reg.) — Roșu de buze. 5. Potlogari — Orășel în R.P. Ungară. 6. Localitate în S.U.A. — Fișie lungă de piele. 7. Eroul povestirii. „Pe propria-i piele“, de Ion Istrati — Recipient — Opere! 8. Lac în Scoția — Rezultatul întreg al unei împărțiri — Algebră (abr.) 9. Nota redacției — Ecaterina (abr.) — Acelea (pop.). 10. Eu, la dativ — Personaj al basmelor populare românești, cu pielea albă ca laptele, simbolizînd frumusețea feminină ideală, sub aspect fizic și moral (Cosînzeana). 11. Coloratie albastră-vineție a pielii și a mucoaselor din cauza unei insuficiente oxigenări a sîngelui — A gîfîi adînc și scurt 12. Imediat (pop.) — Piele de vițel tăbăcită, imitînd pielea animalului al cărui nume îl poartă.

Dicționar: TANA, END, NAIJ, EOS, EABA FÁJ, GIMT, EIL.

ADAM STOICA



Desene de ROMULUS POPESCU

UMOR străin

— Doctore, nevasta mea și-a pierdut glasul! Ce-i de făcut?

— Încercați să vă întoarceți astăzi acasă, pe la ora trei noaptea! — i-a recomandat medicul, sentențios.

Un bolnav operat a fost adus din sala de operație:

— Slavă domnului că toate s-au terminat cu bine! — și-a șoptit el.

— Să nu fiți așa de sigur, — i-a spus bolnavul ce stătea culcat în patul vecin. — Chirurgul a uitat în mine buretele și a trebuit să mă taie din nou.

— Iar în pîntecele meu și-au lăsat instrumentele chirurgicale, — i se adresă un alt bolnav din salon.

În acest timp, medicul chirurg și-a aruncat o privire prin sală:

— N-a văzut nimeni pălăria mea?

— Șefule, eu am descoperit un medicament nou! — a exclamat, abia reținîndu-și răsuflarea, un farmacolog ce s-a proiectat în cabinetul șefului de laborator. — Acum mai rămîne doar de găsit noua maladie, care ar putea fi supusă tratamentului cu acest medicament!

— Doctore, soția mea încearcă să slăbească și pentru aceasta merge călare, în fiecare zi, pe adoratul meu cal! E bine ce face?

— Și cu ce fel de rezultate s-a ales? — a întrebat medicul.

— Calul meu a slăbit, săracul de el, cu 40 de kg, numai într-o singură lună!

— Dv. ați fost deja operat? — întreabă medicul de gardă.

— Da, m-au operat!

— Ei! Și după aceea?

— Trei mii de dolari!

— Eu am în vedere ce ați avut!

— Numai douăsutecincizeci de dolari!

— Iar nu m-ați înțeles. Eu vă întreb, de ce vă plîngeți?

— Plata e prea mare!...

— Doctore, — se adresează soția medicului psihiatru, — bărbatul meu este obsedat de mania că el este frigider.

— Nu vă alarmați, doamnă, — a liniștit-o psihiatrul. — Această manie este completamente inofensivă și nu poate vătăma pe cineva!

— Inofensivă?! El doarme cît îi noaptea de mare, cu gura deschisă, în gură stă aprins un bec, emană niște zbîrnîieli asurzitoare, iar razele luminoase de la bec și ecoul zbîrnîielilor mă țin trează toată noaptea.

Culese, selectate și traduse din limba rusă de:
ALEXEI NICOLESCU

—Malformaţiile congenitale în domeniul—

otorinolaringologiei

- **Forme clinice**
- **Profilaxie**
- **Diagnostic**
- **Tratament**

Copilul se poate naşte cu o serie de anomalii, atît în înfăţişarea sa generală, cît şi la nivelul unora dintre organe, anomalii cunoscute sub numele de *malformaţii congenitale* (înnăscute).

Printre malformaţiile congenitale, un loc important îl ocupă acelea ale căilor respiratorii şi digestive superioare (nas, faringe, laringe, arbore traheobronşic, esofag) şi ale urechilor. Aceste malformaţii pot fi constatate fie la prima vedere (cum sînt cele ale piramidei nazale şi ale urechilor externe), fie doar bănuite, atunci cînd nou-născutul prezintă unele tulburări funcţionale ale porţiunilor mai profunde ale organelor amintite.

Malformaţiile congenitale ale nasului, faringelui, laringelui, arborelui traheobronşic, esofagului şi urechilor — ca şi malformaţiile altor organe şi ţesuturi — se pot datora fie eredităţii, fie unor suferinţe ale embrionului (embriopatii), cu oprirea sau devierea în dezvoltarea sa, produse de prezenţa unor afecţiuni ale gravidei, ca:

— infecţii (sifilisul, rubeola sau alte viroze, toxoplasmoza etc.);

— traumatisme;

— iradieri repetate sau prelungite;

— hipoxie (lipsă de oxigen) maternă sau fetală.

Formele clinice de malformaţii congenitale ale căilor aerodigestive superioare şi ale urechilor variază în raport cu organul afectat, manifestîndu-se atît prin defecte estetice, cît şi prin tulburări funcţionale, uneori foarte supărătoare.

În regiunea *nasului*, cele mai frecvente dintre malformaţiile vizibile la exterior sînt:

— chisturile şi fistulele dosului nasului;

— chisturile narinare;

— atrezia (nedezvoltarea) şi imperforaţia narinară;

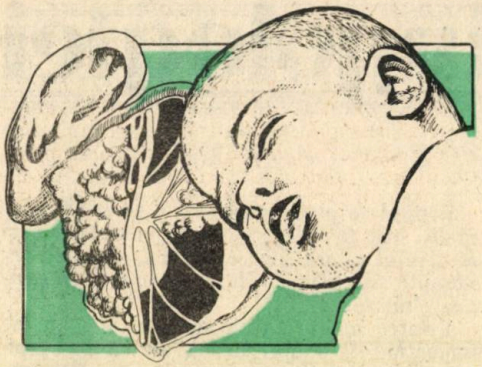
— absenţa uneia dintre aripile nasului sau lipsa de sudură dintre cele două narine (asociată uneori cu „buza de iepure);

— meningocelul (hernia meningelui prin neînchiderea suturii dintre osul frontal şi cel nazal).

La interior, opririle în dezvoltarea intrauterină a nasului se pot solda cu:

— hipotrezia (insuficienta dezvoltare) cu îngustimea foselor nazale, cu sau fără insuficienţa aripilor nasului (cu închiderea lor în timpul inspiraţiei);

— deviaţii ale septului;



— atrezia coanală (lipsa de comunicare între fundul foselor nazale și etajul superior al faringelui), cea mai gravă dintre ele.

Mai rar, se pot întîlni deschideri (dehiscențe) mediane ale piramidei nazale, cu expunerea interiorului nasului.

În funcție de extinderea și uni- sau bilateralitatea lor, malformațiile nazale amintite sînt însoțite de tulburări respiratorii, mai mult sau mai puțin accentuate, constituind *sindromul de obstrucție nazală*. Nevoit să respire pe gură, copilul va fi permanent expus unei serii de complicații, ca: faringoamigdalite, laringite, traheobronșite, sinuzite și otite medii catarale sau supurate.

Pentru a asigura copilului cît mai curînd o respirație nazală bună (singura în măsură să-i stimuleze dezvoltarea normală, fizică și psihică), nou-născutul sau sugarul cu tulburări respiratorii va fi prezentat medicului otorinolaringolog, care va preciza prezența și natura malformației și va lua măsurile terapeutice cele mai adecvate fiecărui caz în parte.

Faringele poate fi și el sediul unor malformații congenitale. Existența malformațiilor acestui organ profund situat va fi diagnosticată prin examenul otorinolaringologic efectuat pentru unele tulburări funcționale ale deglutiției (înghițitului), numite *disfagie* (dificultate la înghițit).

Printre malformațiile situate în interiorul faringelui (endofaringiene), citățm: a) *insuficiența velo-palatină* (scurtimea vălului palatin și reducerea motilității sale), care se manifestă prin refluarea pe nas a lichidelor înghițite și prin voce nazonată, precum și b) *diviziunea palatină* (consecință a lipsei de sudură a mugurilor palatini embrionari). Aceasta din urmă poate fi *parțială* (localizată numai la luetă sau la vălul palatin) sau *totală*, extinsă la palatul dur (cerul gurii), rebordul alveolar al maxilarului și buza superioară, constituind așa-numitele „gură de lup" și „buză de iepure". În diviziunea palatină totală, denumită în termeni medicali *palatoschisis*, în care faringele comunică larg cu fosele nazale, pe lîngă aspectul inestetic al feței sînt prezente tulburări grave în alimentația sugarului, care devine distrofic și este permanent predispus la complicații bronhopulmonare, prin pătrunderea laptelui în căile respiratorii.

Alte malformații congenitale ale endofaringelui sînt:

— atrezia cavumului (etajul superior al faringelui), asociată cu atrezia coanală (amintită la capitolul malformațiilor nasului), manifestată prin neputința copilului de a respira pe nas;

— chisturi și angioame;

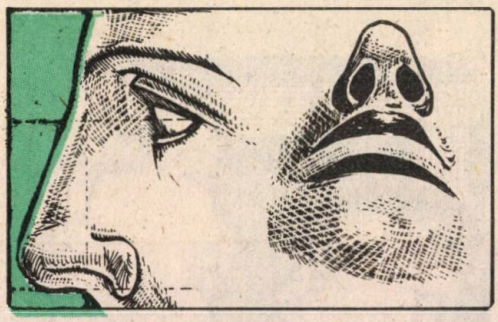
— glande tiroide aberante la baza limbii (prin necoborîrea mugurelui tiroidian către locul obișnuit al glandei, în regiunea anterioară a gîtului).

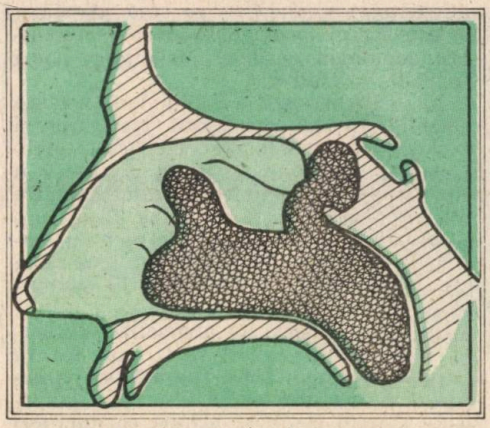
Unele anomalii în dezvoltarea faringelui pot fi observate și la exterior. Malformațiile congenitale exofaringiene (în afara faringelui, dar în legătură cu el) cele mai cunoscute sînt *fistulele* și *chisturile tractusului tireoglos* (traiectul de-a lungul căruia, în cursul vieții intrauterine, glanda tiroidă se coboară de la baza limbii spre fața anterioară a gîtului).

Vizibile la exterior, fistulele și chisturile de tireoglos apar, primele, ca mici orificii prin care se scurge un lichid vîscos, sau, celelalte, ca mici tumorete situate pe linia mediană, ori — mai rar — lateral, în regiunea anterioară a gîtului.

Și la nivelul laringelui — organ al respirației și al fonației (vocii) — se pot produce opriri și aberații în timpul dezvoltării intrauterine, soldate cu o serie de malformații congenitale. Acestea pot fi limitate la laringe sau pot interesa și arborele traheobronșic.

Din prima categorie, cele mai cunoscute anomalii sînt:





— ocluzia glotei (spațiul respirator dintre cele două corzi vocale), manifestată prin dispnee (greutate în respirație) și tulburări ale vocii;

— chisturile juxta-laringiene (între laringe și faringe), însoțite de dispnee și disfagie.

O altă malformație laringiană, care se extinde adesea și la trahee și care se caracterizează prin importante tulburări respiratorii, cunoscute sub numele de „stridor", este *laringotraheomalacia*. Favorizată de insuficiența paratiroidiană (însoțită de hipocalcemia mamei și a copilului) și întreținută de greșeli în alimentație și în modul de viață al sugarului, această anomalie — caracterizată prin tulburări respiratorii care, în unele momente, pot deveni dramatice — se poate vindeca dacă e tratată corect și la timp.

Malformații mai rar întîlnite ale traheei sînt:

— traheocelul (hernie a mucoasei traheale în afara acesteia), datorită dehiscenței unuia sau mai multor inele traheale;

— fistulele (comunicările) traheoesofagiene, care pot duce la grave complicații, prin pătrunderea alimentelor în căile respiratorii.

Esofagul, pe lîngă malformația comună cu traheea (amintită mai sus), mai poate prezenta:

— o atrezie (obstrucție parțială sau totală a conductului esofagian), care face foarte dificilă sau imposibilă alimentația sugarului pe căile naturale;

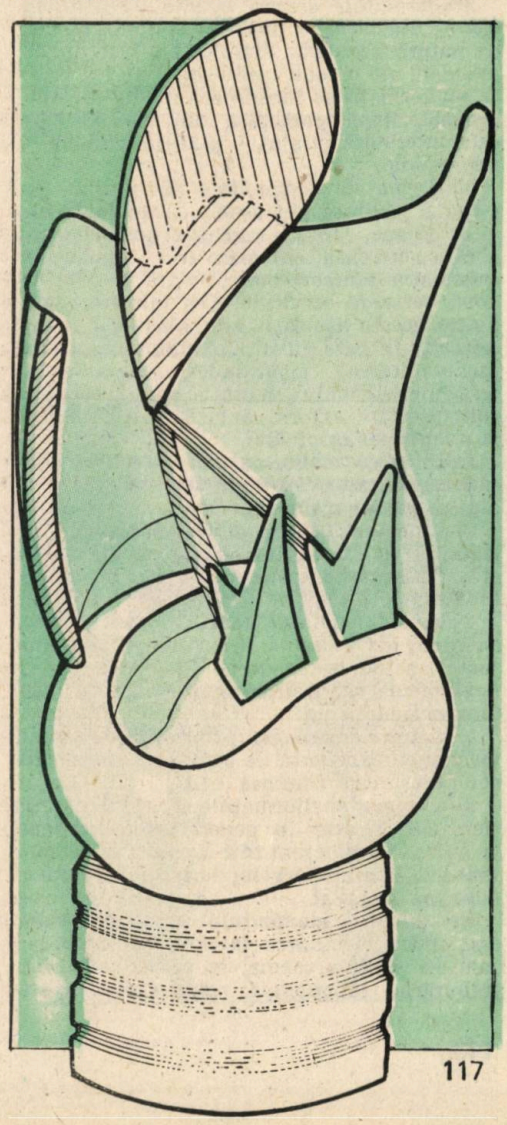
— diverse malformații esofago-cardio-tuberozitare, anomalii de joncțiune a esofagului cu cavitatea gastrică; manifestate din primele săptămîni sau luni de viață a sugarului, aceste malformații se caracterizează prin vărsături și regurgitații, agravate de poziția culcată, însoțite uneori de hematemeză și melenă (eliminare de sînge prin vărsături și scaune) și urmate de o stare de denutriție și deshidratare. Mai menționăm stenozele (strîmtorările), diverticulii (dilatații localizate la o porțiune a peretelui esofagian) și chisturile.

Ultimele despre care vom vorbi — dar nu și cele mai puțin importante — sînt malformațiile urechii, care sînt și cele mai frecvente și, ca atare, mai bine studiate. Însoțite, toate, de un grad mai mare sau mai mic de surditate, care împiedică dezvoltarea intelectului și a vorbirii copilului, putînd ajunge pînă la surdomutitate, anomaliile auriculare pot fi uni- sau bilaterale, fiind localizate la una, la două sau la toate cele trei porțiuni ale urechii: externă, medie, internă.

Malformațiile urechii externe (în statistica noastră constituind 93,47% din totalul anomaliilor auriculare) sînt foarte variate, putînd fi localizate la pavilion, la conductul auditiv extern sau la ambele componente ale acestei porțiuni ale urechii.

Printre cele mai frecvente anomalii vizibile la exterior, citățm:

— microtia (pavilion rudimentar, uneori redus la un simplu mugure cartilaginos), asociată sau nu cu imperforația și atrezia conductului auditiv·



— poliotia (unul sau mai multe pavilioane suplimentare, sub forma unor muguri cartilaginoşi, plasaţi înaintea pavilionului normal), asociată uneori cu o *colobomă* (fistulă) sau mai multe, prin care se scurge un lichid vîscos;

— urechea în ansă (bleagă, clăpăugă), anomalie care constituie numai un defect estetic.

Malformaţiile urechii medii (reprezentînd 41,30% din toate malformaţiile auriculare), importante prin scăderea de auz care le însoţeşte, pot rămîne necunoscute pînă la vîrsta şcolară, dacă nu se asociază şi cu anomalii ale urechii externe, ceea ce, dealtfel, se întîmplă destul de des. Aceste malformaţii se pot prezenta sub formă de:

— aplazii (opriri în dezvoltare) ale căsuţei timpanului sau anomalii ale oscioarelor auditive (ciocănul, nicovala sau scăriţa);

— tumori congenitale, ca: angiomul sau colesteatomul primitiv.

Malformaţiile urechii interne (constituind 8,50% din cazurile noastre) sînt, de obicei, de natură genetică. Simple sau însoţite cu anomalii ale urechii medii sau externe, aceste malformaţii se încadrează în diverse sindroame, după porţiunea din labirint care este interesată şi sînt — pînă în prezent — ireversibile.

Malformaţiile congenitale ale urechii externe şi medii se pot asocia cu anomalii ale altor organe, care au aceeaşi origine embrionară cu urechea, ca: maxilarul, mandibula, articulaţia temporo-mandibulară şi primele două vertebre cervicale. Cea mai frecventă dintre aceste asociaţii este *sindromul Franceschetti*, în care există simultan: hipotrofia (nedezvoltarea) mandibulei, implantarea joasă a pavilionului, microtie, atrezia conductului auditiv extern, aplazia urechii medii şi a apofizei mastoidei.

Diagnosticul malformaţiilor congenitale ale căilor respiratorii şi digestive superioare şi ale urechii se stabileşte prin:

— anamneză (interogatoriul părinţilor), în legătură cu momentul observării anomaliei şi al tulburărilor funcţionale ale organului afectat;

— examen clinic O.R.L. (cu analiza simptomelor fizice şi funcţionale), folosind toate metodele moderne de investigaţie (endoscopia sub microscopul chirurgical, audiograma etc.);

— examen radiologic (prin radiografii simple sau cu substanţă de contrast, tomografii computerizate, skanner etc.).

Tratamentul malformaţiilor congenitale din sfera O.R.L. este în general chirurgical şi trebuie să fie efectuat într-o clinică universitară sau într-un serviciu de specialitate bine încadrat şi utilat.

În stabilirea momentului celui mai indicat pentru efectuarea intervenţiei chirurgicale, se va ţine seama, în primul rînd, de tulburările funcţionale respiratorii, digestive, vocale sau auditive pe care anomalia le determină şi de modul în care aceste tulburări afectează normala dezvoltare fizică şi psihică a copilului.

Astfel, se vor remedia îndată după naştere malformaţiile care împiedică respiraţia şi alimentaţia nou-născutului, cum sînt: atrezia coanală bilaterală, ocluzia completă a glotei, atrezia esofagului, comunicările între căile respiratorii şi cele digestive (fosele nazale cu cavitatea bucală sau traheea cu esofagul), care împiedică buna funcţionare a fiecăruia dintre ele şi predispune la complicaţii septice.

Şi în ceea ce priveşte anomaliile auriculare, momentul operaţiei va fi fixat tot în legătură cu importanţa tulburărilor funcţionale cu care acestea se însoţesc. Malformaţiile urechii medii şi atrezia conductului auditiv vor fi operate la vîrsta de 4—5 ani, pentru a permite copilului să audă şi astfel să-şi dezvolte limbajul şi să poată asimila cunoştinţele predate la şcoală; dacă anomalia e bilaterală se operează întîi o ureche şi numai după cîţiva ani cealaltă.

Operaţiile plastice pentru refacerea defectelor estetice se vor face după vîrsta de 9—10 ani, cînd dezvoltarea organelor respective este aproape terminată şi cînd ţesuturile au o vitalitate mai mare.

Paralel cu sau pînă la intervenţia chirurgicală, se recomandă respectarea strictă a regulilor de igienă generală şi alimentară, precum şi prevenirea sau combaterea oricărei infecţii secundare.

Există şi malformaţii congenitale în care tratamentul este conservator, ca în laringotraheomalacie; fiind vorba de o hipocalcemie, se va administra calciu şi vitamina D_2, se va întreţine un microclimat favorabil (cameră aerisită, la temperatura de 18—20°C, cu atmosfera uşor umezită), se va recomanda viaţa în aer liber şi helioterapie, precum şi evitarea contactului cu persoanele care prezintă diverse boli transmisibile.

Ca şi în cazul tuturor celorlalte boli, cel mai important factor de combatere a malformaţiilor congenitale este *profilaxia*.

Chiar înainte de concepţia copilului, se impune examinarea medicală (inclusiv cea genetică) amănunţită a părinţilor. Dacă sfatul genetic este favorabil concepţiei, se va veghea cu deosebită atenţie asupra sănătăţii şi modului de viaţă al gravidei, recomandîndu-i-se: muncă uşoară în mediu sănătos (aer curat, temperatură optimă), evitarea noxelor chimice — inclusiv a fumului de ţigară şi a alcoolului —, precum şi a iradiaţiilor, perioade de activitate alternînd cu odihna, plimbări în aer curat, evitarea stresului psihic, alimentaţie raţională, controale medicale regulate.

Conf. dr. doc.
CORNELIA PĂUNESCU

Contribuţia proprietăţilor organoleptice şi a reclamei în abuzul de MEDICAMENTE

Conf. dr. doc. **M. COTRĂU** şi
asist. dr. **MARIA PROCA**
I.M.F. Iaşi

Cuvîntul „abuz" înseamnă „întrebuinţare rea, greşită, împotriva scopului firesc". Prin abuz de medicamente, în sens larg, se înţelege utilizarea acestora fără necesitate sau/şi în afara posologiei* normale.

În acest context, abuzul de medicamente înglobează şi consumarea de către *adulţi* de medicamente, fără a le fi fost prescrise, în urma publicităţii sau a sfaturilor binevoitoare, însă necompetente, precum şi ingerarea de către *copii* a medicamentelor atrăgătoare ca aspect, găsite întîmplător. Într-adevăr, marca de prestigiu — marca depusă —, ca şi proprietăţile organoleptice atrăgătoare sînt factorii care contribuie la pulsiunea către abuzul de medicamente, într-o măsură variată, în funcţie de vîrstă, sex, grad de cultură, mediu etc. Asemenea abuz poate consta în consumarea repetată, în doze moderate — cazul adulţilor care abuzează de produsele unor firme, în urma presiunii psihologice exercitate printr-o publicitate susţinută sau prin informare de la om la om —, sau dintr-o consumare masivă, în timp scurt — cazul copiilor care ingerează medicamente, luîndu-le drept bomboane.

Astăzi este deplin stabilit că orice medicament are două căi distincte de acţionare: prima, calea *farmacodinamică* propriu-zisă, rezultată din acţiunea specifică a medicamentului asupra farmacoreceptorilor, şi a doua, *calea psihologică*, rezultanta reflectării psihosomatice a medicamentului asupra comportamentului pacientului tratat. Evident, prima componentă, cea farmacodinamică, este cea mai uşor de urmărit prin diverse metode de testare. A doua componentă, cea psihologică, la care contribuie atît medicamentul însuşi, cît şi cei care-l prescriu, eliberează sau administrează, deşi existentă în cele mai multe cazuri, se produce şi are caracteristici variabile de la un subiect la altul.

Dintre factorii care influenţează psihologic efectul medicamentului, prin încrederea acordată acestuia de către pacient, sau, dimpotrivă, prin rezerva cu care-l primeşte, este *firma* sau *marca depusă*. Preocuparea de a recomanda produsele farmaceutice prin aplicare de *mărci*, adică semne caracteristice pentru identificarea şi asigurarea calităţii unui produs, este străveche. Încă la romani existau mărci pentru cele mai variate produse, de la leacuri, ca unguente şi colire, pînă la vinuri şi brînzeturi. Marca a fost întotdeauna o expresie a preocupării de concurenţă şi a reprezentat o garanţie pentru consumator. Astfel, semnele de pe amfore, adică mărcile vremii, se refereau la produsul din amforă — vin, ulei etc. — şi nu la vasul respectiv. Treptat, odată cu evoluţia activităţilor productive pe planul mecanizării şi al standardizării, marca a devenit simbolul provenienţei mărfii şi, implicit, al caracteristicilor calităţilor produselor întreprinderii. În acest mod, marca a contribuit la atragerea cererii, ca urmare a unei alegeri pe care condiţiile pieţii încep să o facă posibilă, căpătînd o funcţie comercială şi de concurenţă. În economia societăţii contemporane, marca a devenit „un fenomen invadator, a cărui presiune asupra pieţii nu a fost niciodată atît de puternică; prin publicitate, marca

* *Posologie* — parte a farmacologiei şi a terapeuticii care se ocupă de dozele medicamentelor şi de modul în care ele trebuie administrate.

este omniprezentă și poate deveni obsedantă". Ea constituie „un mijloc de conversație directă cu consumatorul", „o semnătură care angajează răspunderea fabricantului". Într-adevăr, impunerea unui produs pe piață necesită folosirea judicioasă a mijloacelor de presiune psihosociologică asupra cererii, în special prin publicitate informativă și persuasivă. Caracterul publicitar al mărcii este elementul decisiv în alegere, ea fiind „un potențial de vînzare viitoare depus în subconștientul a mii de persoane".

Dacă în domeniul produselor nemedicamentoase pe *piața capitalistă* marca este un lucru util, pentru că permite consumatorilor să se orienteze printre „miile de produse pe care imaginația fabricantului și abundența le propune multiplelor lor nevoi și dorințe", în domeniul medicamentelor, marca susținută printr-o campanie publicitară explozivă, conduce, fără îndoială, la abuzul de medicamente, în special prin automedicație. Faptul reiese și din preferința marcată a unor persoane pentru medicamentele de o anumită marcă, cum ar fi, de exemplu, *aspirină Bayer*, *calciu Sandoz* etc.

Dar publicitatea nejustificată poate duce, în cazul — din fericire cu totul excepțional — produselor farmaceutice insuficient controlate, la adevărate drame. Exemplul cel mai grăitor l-a constituit episodul tranchilizantului *Thalidomid*, cu indicația „de acum copiii nu mai au de ce să se teamă" (adică de efectele nocive ale medicamentului) și susținut de publicitatea prin presă, ceea ce a condus la vînzarea a peste 60 de milioane de comprimate în numai 2—3 ani. Dar dacă aceasta s-a petrecut acum 25 de ani, există cazuri chiar în zilele noastre, cînd un medicament insuficient controlat, însă lansat cu mare publicitate, dă naștere la reacții adverse extrem de periculoase: este cazul antalgicului central *Propoxyphenul*, care cunoaște o „vogă" crescîndă în S.U.A. — numai în 1978 s-au eliberat 31 de milioane de rețete — și care s-a dovedit generator de toxicomanie, încît a determinat intervenția, pe lîngă firma producătoare, a însuși ministrului sănătății. Este adevărat însă că nu toate produsele farmaceutice pot beneficia de o marcă publicitară. Este statuat că denumirile acelor produse care figurează în farmacopei aparțin patrimoniului public și, ca atare, nimeni nu are dreptul să le breveteze. Obligația morală a producătorilor de medicamente le impune să nu confunde propaganda comercială cu informarea științifică a medicilor și farmaciștilor, privind proprietățile produselor.

În țările cu industrie farmaceutică *socializată*, toate valențele sînt îndreptate spre ridicarea calitativă a medicamentelor, spre deplina satisfacere a pacienților. Aici medicamentul nu constituie un obiect de afaceri, de supraprofit sau de publicitate personală, ci un mijloc de apărare a sănătății populației, marca depusă constituind garanția calității superioare a produselor distribuite sub acest semn; de exemplu, produsele: *Terapia*, *Biofarm*, *IAI*, *UMB* etc.

În concepția actuală, prezentarea *organoleptică* a produselor farmaceutice urmărește atît diversificarea sortimentală, cît și participarea la aprecierea calitativă a produselor, alături de stimularea consumării cu plăcere și încredere a acestora. Ambalajul, formatul, culoarea și grafica, precum și gustul și aroma reprezintă elementele dominante ale prezentării organoleptice.

Ambalajul este obiectul care învelește temporar produsul, cu funcție de protecție fizică, chimică și biologică și cu contribuție psihologică în relație directă cu favorizarea procurării.

Formatul urmărește, pe de o parte, dozarea produsului, iar pe de alta, elimină uniformismul și monotonia sortimentală, contribuind la evitarea confuziilor, adesea cu consecințe fatale.

Culoarea este o necesitate vitală, acțiunea sa fiind nu numai decorativă, ci și psihologică. Pe lîngă rolul funcțional și cel de ambianță, culoarea are și rol semnalizator: negru pentru substanțele toxice, roșu pentru uz extern etc. În afară de utilizarea în simbolistica farmaceutică, privind intensitatea de acțiune, culoarea este folosită și pentru a crea o atracție pentru produsul respectiv. Culorile calde — portocaliu, roșu — sînt utilizate de preferință pentru medicamentele destinate copiilor. Rolul culorii a fost destul de bine stabilit în motivația pulsiunii atît pentru medicamente, cît și pentru alimente și alte produse. O simplă experiență demonstrează cu prisosință rolul culorii în declanșarea preferinței pentru un produs. Imediat după al doilea război mondial, cînd tratamentul salutar în tuberculoză nu dispunea de arsenalul terapeutic actual, medicația consta în principal în calmarea tusei, atît de chinuitoare pentru ftizici. Un intern dintr-un spital parizian, în dorința de a nu mai fi deranjat, a preparat același medicament în soluție incoloră, în una albastră și una roșie, pe care bolnavii le aveau la îndemînă. S-a văzut că medicamentul incolor nu a prezentat efecte asupra bolnavilor, medicamentul de culoare roșie îi incomoda, iar cel de culoare albastră a avut efect benefic maxim. De asemenea, diferențierea după culoare este adesea importantă în evitarea confuziilor.

Grafica, aplicată îndeosebi pe comprimate, contribuie la individualizarea produselor și evitarea confuziilor.

Gustul și *aroma*, proprietăți organoleptice create adesea artificial, pentru mascarea gustului și mirosului neplăcut al principiilor activi — mai ales la medicația pentru copii — sînt elemente favorizante ale consumului abuziv de către aceștia.

Lansarea în comerț a produselor farmaceutice în ambalaje și forme tot mai atrăgătoare și faptul că aproape toate drajeurile sînt acoperite cu o peliculă colorată, dulce și aromată, împiedică pe copiii de pînă la 5 ani — vîrstă la care sînt lipsiți de discernămînt logic — să diferențieze medicamentele de bomboane, rezultînd intoxicații medicamentoase, uneori cu sfîrșit letal.

Specialiștilor participanți la apărarea sănătății — medici și farmaciști — le revine sarcina, ca în cadrul acțiunii de educație sanitară să atenționeze populația asupra valorii reale a medicamentelor, pentru a nu se lăsa influențată de o falsă informare și, de asemenea, să nu permită accesul copiilor la medicamente, ferindu-i de curiozitatea lor firească.

H vitamina (AZ)

Am văzut numai sora

— Am fost ieri la spital, la Gigel. N-are mai nimic, dar cred că va sta mai mult pe acolo.

— Cum așa? L-ai văzut pe doctor?

— Nu pe doctor. Am văzut numai sora!

Cum de poți?

— Cum poți să bei amestecul ăsta infernal?

— Mi-a recomandat doctorul să nu mai beau vin curat și atunci îl diluez cu coniac.

La psihiatru

— De la un timp aud niște voci ciudate care-mi șoptesc tot felul de lucruri...

— Ce, de exemplu?

— Eh, aici e aici! Eu sînt puțin cam surd și nu aud prea bine...

Intrarea furnizorilor

Un doctor moare și urcă spre paradis; cînd ajunge la poartă, sfîntul Petru îi taie calea și-i spune hotărît:

— Pardon, pardon... Intrarea furnizorilor pe ușa a doua, pe dreapta.

Cine te pune...

Doctorul: — Cine te pune să bei atîta?

Pacientul: — Nu mă pune nimeni, beau de plăcere.

Medicul m-a sfătuit

— De ce bei vinul prin furtun?

— Medicul m-a sfătuit să stau departe de băutură...

Așa e, dar...

Un om se rănește la picior călcînd într-un ciob de sticlă. Se duce la doctor și acesta, după ce îi pansează rana, îi dă o rețetă de picături pentru ochi. Pacientul, uluit, protestează:

— Doctore, dar eu sînt rănit la picior...

— Așa e, dar dacă te uitai mai bine pe unde călcai...

Tratament ineficient

Medicul: — I-ați pus termometrul?

Ruda pacientului: — Da, doctore, îl are de ieri, dar continuă, totuși, să tușească.

Cum aș putea?

Medicul-șef al unui spital de nebuni întîlnește pe sală un pacient și îl întreabă:

— De ce spuneți la toată lumea că sînteți Napoleon, iar mie că sînteți Cezar?

— Păi, pe dv., domnule doctor, cum aș putea să vă mint?!

Distracție

Doctorul: — Vreau să vă scriu rețeta, dar nu știu unde mi-am pus stiloul.

Pacientul: — Este sub brațul meu. Mi l-ați pus ca să-mi luați temperatura!

Culese, selectate și traduse de:

ELISA MADOLCIU

EPIGRAME

Urare medicilor

La mulți ani! Urare veche,
Din străbuni, fără pereche,
Medici buni, prevenitori,
Pacienți ascultători!

Unora care-și neglijează sănătatea

Vă voi spune și eu una:
De la prunc pîn'la adult,
Boala, decît sănătatea,
Costă infinit mai mult!

În tabără

Periuța, Panait
Nu și-a luat-o astă-vară,
Și în toamnă s-a trezit
Cu o carie dentară!

Ce aduce Anul Nou?

Soacrei — oala cu piftie!
La copii — o jucărie!
Mie — pieptul de curcan,
Iar nevestei — înc-un an!

Fapt divers

Din spital un pacient,
Unde-a fost tratat atent,
N-a plecat cu mîna goală...
Ci cu sora medicală!

Unui soț

Pe al său bărbat, soția
An de an l-a dus cu ea,
De revelion, la Cioplea...
Doar s-o mai ciopli cumva!

Unui vitezoman

Zaci în fețe pîn'la gene,
Dragă cocoșele Tică!
Fiindcă te-ai umflat în pene,
La volan, cu-o bibilică!

Unui student

Pe la **stupul** *facultății*
Să muncească nu-i e drag,
Însă barba și perciunii
Dau un **trîntor** *în vileag!*

Unor tineri și la munte le place să stea în fum

La cabana Poienița,
Fumătorii cînd stau roată,
Singură doar barmanița
Ce mai e... oxigenată!

Unui bărbos turbulent

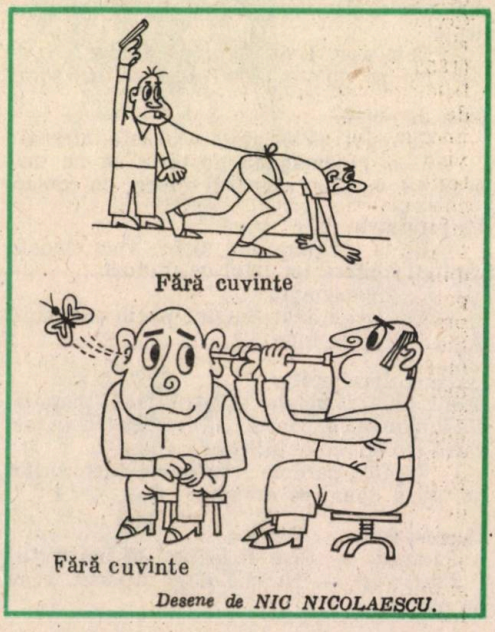
La serviciu, curios,
Nu-i **bărbat,** *cît e* **bărbos!**
Dar prin baruri, solitar,
Nu-i **bărbos,** *cît e...* **barbar!**

G. ZARAFU

Înainte de a fi

Înainte, erau ei,
Cei de la care am cumpărat cunoștința de a fi,
Iar acum sîntem noi,
Pe cînd oasele lor albesc timpul trecut,
Dar noi tot ne aducem aminte
Cum am devenit...
Și s-au ales de o parte și de alta
Mari spații goale...
Noi știm cum au fost ei,
Dar nu știm dacă ei
Mai știu cum sîntem noi...

Elena Leonora Frugină

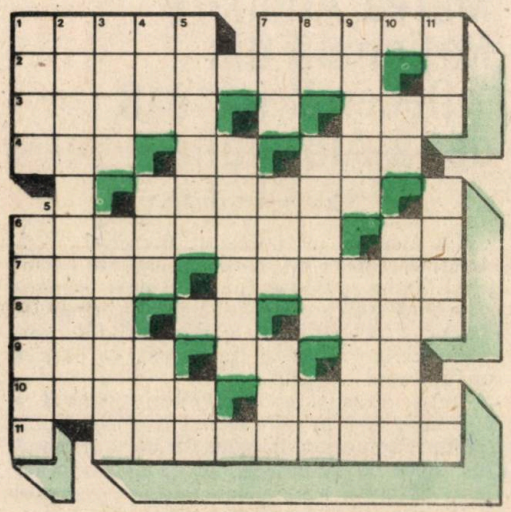


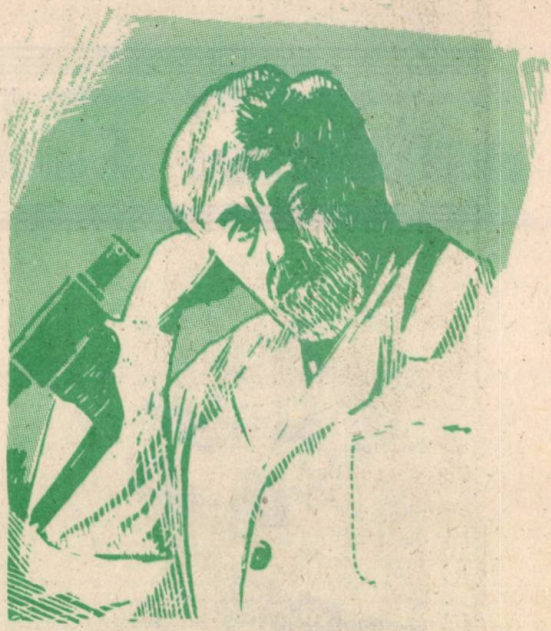
Fără cuvinte

Fără cuvinte

Desene de NIC NICOLAESCU.

înaintaşi ai medicinii româneşti





ORIZONTAL: 1. Creatorul şcolii româneşti de morfopatologie şi microbiologie, coautor (alături de francezul André Victor Cornil) al primului tratat complet de bacteriologie din lume (1885) — Medic moldovean (1852—1902), fondatorul şcolii româneşti de fiziologie experimentală. 2. Ctitorul centrului de medicină aeronautică (1920), autorul unor studii — în premieră mondială — privind examinarea comportamentului aviatorilor în timpul zborului. 3. Medic ftiziolog cu contribuţii originale la studiul profilaxiei şi tratamentului tuberculozei — Bărbierit. 4. Intrări — Sodiu — Ambalaj textil. 5. Acidulaţi. 6. Neurolog, histolog, anatomopatolog şi chirurg, medic ce a pus bazele practicii neurochirurgicale în România — Şa. 7. O soră răvăşită! — Medic internist (1884—1972) cu cercetări valoroase în domeniul cardiologiei, patologiei rinichiului şi tratamentelor reumatismale etc. 8. Ramură — Plantă textilă — Alertă la NASA! 9. Fibros — Alifie — Curele! 10. Şuierat — Reprezentant de seamă al şcolii româneşti de neurologie fondată de Gh. Marinescu, cu cercetări de pionierat în electroencefalografie. 11. Medic bănăţean iluminist, autorul unor studii privind longevitatea şi influenţa noxelor profesionale asupra acesteia.

VERTICAL: Medic igienist, unul din promotorii studiilor complexe de igienă socială din România — Prin înfiinţarea unui dispensar şi a unui spital pentru copii a pus bazele asistenţei pediatrice de specialitate din ţara noastră. 2. Medic ftiziolog (n. 1917), specialist în tratamentul tuberculozei şi al altor afecţiuni pulmonare. 3. Voci groase — Reputat medic cu importante contribuţii în domeniul chirurgiei plastice, traumatologiei, chirurgiei sistemului nervos periferic etc. 4. Răsărit — Adresant (abr.) — Sensibil la început! 5. Autorul primei încercări de tratare sistematică a problemelor de sănătate publică din punct de vedere marxist — Curge! 6. Neurochirurg desăvîrşit, autor al unor procedee chirurgicale omologate pe plan mondial, cu studii recunoscute referitoare la durere şi implicaţiile medicale ale acesteia etc. 7. Analiză sanguină — Ianuarie (presc.) — Siglă pentru ţara noastră. 8. Cămăşi rustice — Una din maladiile secolului nostru — Vocale. 9. Autorul unor studii privind şocul chirurgical (Ion) — Culoare la animale. 10. La seringă — Triunghi cu laturi inegale. 11. Gresat — Prestigios medic internist, autorul unor cercetări sistematice asupra patogeniei şi tratamentului sindroamelor alergice — Rubine!

Dicţionar: ASOR, SAAN, SARGA

Ing. **RADU STOIANOV** — *Olteniţa*

MEDICI TRANSILVĂNENI

Fig. 1. — Profesorul Traian Popoviciu.

În continuarea preocupărilor noastre* pentru a releva rolul jucat de medicii transilvăneni în mobilizarea maselor populare pentru participarea la Marea Adunare Națională din 1 Decembrie 1918 de la Alba Iulia și declararea Unirii Transilvaniei cu țara, prezentăm alți doi medici: Traian Popoviciu și Gheorghe Popovici-Boșcu, delegați ai Asociației Academice Studențești „Petru Maior", de la Budapesta, ambii deveniți ulterior profesori la noua Facultate de Medicină românească de la Cluj.

TRAIAN POPOVICIU
(1894—1952)

Participant la Marea Adunare Națională de la Alba Iulia din 1 Decembrie 1918, ca delegat al studenților români din Budapesta, organizați în Societatea Academică „Petru Maior". Profesor, șef al Clinicii ginecologice și obstetricale din Cluj, urmaș al prof. Cristea Grigoriu. A rămas în conștiința colaboratorilor săi, deopotrivă, ca un clinician-ginecolog, obstetrician, om de știință, de cultură și de aleasă omenie.

* Vezi și „Almanahul Sănătății", 1986, p. 119—124.

participanți la Marea Adunare Națională din 1 Decembrie 1918, de la Alba Iulia

Viața și activitatea*

S-a născut în comuna Berechiu, jud. Arad, la 1 mai 1894, ca fiu al preotului Ioan și al Mariei, născută Suciu. Școala primară și primele patru clase de liceu le-a urmat la Salonta, iar ultimele la Blaj. Studiile universitare le-a făcut la Budapesta, ca bursier al fundației „Gojdu".

După declanșarea războiului mondial a fost mobilizat pe diferite fronturi de luptă, lucrînd la început în calitate de cadet sanitar, apoi ca sublocotenent-medic. Intermitent, primind scurte concedii, se prezenta și la examene la facultate, astfel că n-a pierdut prea mulți ani din cauza concentrării pe front sau la spitalele din zonele interioare.

În toamna anului 1918 era student în anul V al Facultății de Medicină din Budapesta. În această calitate a luat parte la frămîntările studențești din acea vreme, plasîndu-se în fruntea acțiunilor patriotice ale acestora.

Îndată după ce a izbucnit revoluția din 30 octombrie 1918, la Budapesta, a plecat cu primul tren la Arad, unde a luat parte la constituirea Comitetului Gărzilor Naționale din Arad, ai căror membri au pornit apoi în județ, pentru constituirea Gărzilor Naționale în comunele Șicula, Cermei, Berechiu, Talpoș și Sépreuș.

A activat mai mult în comuna natală, la Berechiu, comună pur românească, înconjurată de păduri dese, din care poetul maghiar Arany János s-a inspirat, creînd trilogia lui Toldi Miklos, unde toți flăcăii erau prieteni. Datorită calităților sale nu s-a lovit de greutăți în organizarea „Marșului spre Alba Iulia". Ziua cea mare, ziua mult așteptată sosise și cu toții erau pregătiți s-o înfăptuiască după gîndul lor.

* După datele oferite de dr. Alma Popoviciu-Mohora, soția prof. Traian Popoviciu, și Anuarele I.M.F. Cluj-Napoca.

Fig. 2. — Tînărul sublocotenent-medic Traian Popoviciu, în anii premergători Unirii (22. III. 1917).

La sfîrșitul lunii noiembrie 1918 a fost ales delegat reprezentant al studenților români din Budapesta la Marea Adunare Națională de la Alba Iulia. Călătoria la Alba, cazarea, impresiile de acolo nu le mai descriem aici. Faptele s-au petrecut întocmai cum vor fi descrise la prezentarea celuilalt delegat, Gheorghe Popovici-Boșcu.

La întoarcerea de la Alba Iulia, în gara Budapesta era să fie împușcat de către ofițeri aflați sub influența băuturilor alcoolice. A scăpat numai datorită unor împrejurări fericite și învălmășelii de acolo. În martie 1919 a primit diploma de doctor în medicină și chirurgie, după care s-a întors în țară, și-a vizitat familia la Berechiu și apoi a venit la Cluj. În luna mai 1919 a participat la preluarea și apoi la organizarea clinicilor noii facultăți de medicină din Cluj, activînd cu deosebire la Clinica chirurgicală și apoi la cea ginecologică, contribuind ca aceasta să asigure asistența de specialitate a populației din teritoriu, la nivelul epocii respective, și să poată deveni, cît mai repede, bază de învățămînt și cercetare.

Activitatea spitalicească și didactică

Fiind încă student, între anii 1917—1918, ca urmare a unei temeinice pregătiri, a fost încadrat ca preparator la Institutul de Anatomie din Budapesta. În 1919 a fost numit preparator la Clinica chirurgicală din Cluj, iar din 1922 a fost promovat asistent. Din 1926 s-a transferat la Clinica ginecologică în calitate de șef de lucrări; și-a luat docența în 1930 și din 1934 a devenit conferențiar, iar profesor din anul 1945.

În lipsa profesorului de oftalmologie, a fost însărcinat cu organizarea și conducerea Clinicii oftalmologice timp de cîteva luni, pînă la sosirea prof. D. Michail, titularul acestei catedre.

Paralel cu activitatea în Clinica chirurgicală, dr. Traian Popoviciu a lucrat și ca medic de circumscripție, în cartierul clujean Mănăștur, locuit de țărani și muncitori, unde a desfășurat o meritorie activitate. Folosind experiența cîștigată pe front, a reușit, într-un timp scurt, să stăvilească o epidemie de tifos exantematic, fapt pentru care a primit o distincție. Datorită comportării sale, cetățenii circumscripției sale, sănătoși sau bolnavi, i-au păstrat o plăcută amintire.

Într-o anumită perioadă de timp a îndeplinit, în mod benevol, un serviciu la „Biroul de locuințe" al Municipiului Cluj, contribuind la plasarea nevoiașilor în locuințe igienice.

Pe lîngă cursurile cu studenții, care aveau un bogat conținut științific și erau expuse deosebit de clar, a ținut cursuri și lucrări practice la Școala de Moașe și la Școala de Surori de Ocrotire din Cluj. A predat și o serie de cursuri de specializare pentru medici.

Activitatea științifică

Prof. Traian Popoviciu a fost declarat docent în 1930, ca urmare a unei bogate activități științifice, începute încă din toamna anului 1919, cînd a lucrat sub conducerea cunoscutului chirurg prof. Iacob Iacobovici, și continuată sub îndrumarea prof. Cristea Grigoriu, apreciat ca un ginecolog de mare valoare.

Traian Popoviciu a elaborat zeci de lucrări științifice cu variate teme din domeniul ginecologiei și obstetricii. A scris și cîteva cărți, ca: *Problema îmbătrînirii*, *Terapeutica ginecologică* (în colaborare cu dr. C. Jubaș), *Practica obstetricală*, *Manual de obstetrică pentru studenți și medici* — primul din țară — editat la Sibiu, în timpul refugiului. A elaborat și manuale pentru moașe și surorile de ocrotire.

A fost președintele Asociației Docenților Universitari de la Facultatea de Medicină din Cluj, între anii 1930—1932, și președinte al Cercului de Studii Obstetrico-Ginecologice pînă în anul 1951.

A făcut mai multe călătorii de studii în centre medicale din orașele și capitalele mul-

tor țări din Europa. A participat la o serie de congrese naționale și internaționale pe teme de ginecologie și obstetrică. A întreprins o călătorie de studii la Paris, unde a cunoscut pe profesorul Fauré, care ulterior a făcut o vizită la Clinicile chirurgicale și ginecologice din Cluj. Tot acolo a cunoscut pe vestitul dr. Voronoff, cu care a studiat problema întineririi prin opoterapie și / sau prin transplant de organe animale. La Londra a cunoscut și a colaborat cu profesorul ginecolog Sir Berkley. A participat și la Congresul Internațional de „Bibliografie medicală" de la Paris-Vichy, ca reprezentant al Revistei „Clujul Medical".

Un mare merit al prof. Traian Popoviciu este faptul că s-a ocupat, în mod deosebit, de colaboratorii săi, lăsînd o pleiadă de succesori. Astfel, printre asistenții săi s-au numărat: dr. Dumitriu, dr. Căprioară, dr. Nicolae Coja, dr. Octavian Rusu, dr. Octavian Sasu, dr. Andronescu, devenind, după trecerea gradelor ierarhice, profesori titulari ai catedrelor din Cluj și București sau medici practicieni de înaltă calificare, în diferite spitale din țară.

Activitatea social-obștească

În calitate de medic al circumscripției a VI-a Cluj, a efectuat o serie de anchete medico-sociale, în care a evidențiat relația dintre boală și condițiile de viață ale populației. A participat la acțiuni pentru combaterea alcoolismului și a altor plăgi sociale. A ținut o serie de conferințe cu teme de igienă individuală și socială.

A fost membru al Partidului Comunist Român.

Prof. Traian Popoviciu a rămas în amintirea studenților, colaboratorilor și colegilor ca un om nespus de simpatic, blînd, afectuos, atașat de bolnavi și colegi, popular, prietenos. Aceste caractere îl situau printre profesorii care beneficiau de mare simpatie și afecțiune din partea studenților. Lecțiile sale erau plăcute și instructive, iar examenul, o adevărată relaxare. «Îl consideram mai mult „prieten" decît profesor, tocmai pentru caracterul prietenos, uman, prin care era caracterizat!» — spunea distinsul său elev și apoi colaborator, dr. I. Iuga.

De 1 mai, ziua de naștere, studenții veneau la locuința sa să-l felicite. Profesorul și soția îi așteptau, îi invitau în casă, unde îi tratau cu diferite bunătăți și discutau tot felul de probleme, într-o atmosferă senină, de bucurie și bună dispoziție.

Activitatea sportivă

Prof. Traian Popoviciu a fost un îndrăgostit de natură și un pasionat vînător. Încă pe cînd funcționa în Clinica chirurgicală invita la cîte o partidă de vînătoare și pe prof. dr. Iacob Iacobovici, acesta din urmă devenind un pasionat vînător și, în același timp, ocrotitor al iepurilor, mistreților, potîrnichilor, fazanilor și cerbilor. A colaborat la Revista „Carpați" (revistă de vînătoare și cinegetică).

A fost președinte al „Federației Societății de Popice din România", antrenînd la acest sport, mai puțin periculos, dar cu atît mai sănătos și distractiv, o seamă de colegi (între care prof. Titu Vasiliu era nelipsit), studenți, dar mai ales tineri și adulți, meșteșugari și funcționari, care duceau o viață sedentară.

A fost ales membru al „Turing-Clubului României".

La recomandarea prof. I. Iacobovici a devenit colaboratorul prof. Cristea Grigoriu, care era o fire explozivă și uneori nestăpînită. La numirea sa în Clinica ginecologică mulți au crezut că nu se vor înțelege. Încă înainte de transferul său de la Clinica chirurgicală la Clinica ginecologică, i-a făcut o vizită prof. Cristea Grigoriu, rugîndu-l să-l trateze ca pe un coleg deja format (era docent și șef de lucrări). Cristea a fost de acord și au colaborat tot timpul foarte bine. Ba, mai mult, „l-a îmblînzit" pe Grigoriu, așa încît mulți colaboratori i-au mulțumit pentru că, odată cu venirea lui în clinică, atmosfera de prea severă austeritate a devenit mai blîndă.

Cu subalternii era foarte popular. Iată cum descrie soția sa, Alma Popoviciu, intrarea profesorului dimineața, în clinică: „Saluta portarul: — Bună dimineața, baciu Cîmpeanu... — apoi îi întindea mîna și-l întreba: — Cum ai dormit azi noapte?

— Rău, domnule profesor, toată noaptea m-a înțepat la inimă*.

— Vremea e de vină, baciu Cîmpeanu, și pe mine m-a durut..., nu te speria!..."

Cînd cineva îi spunea că este prea bun și popular, el îi răspundea: „Nu degeaba m-am născut la 1 Mai... sînt democrat din naștere!"

Neîndurătoarea moarte l-a surprins pe prof. Traian Popoviciu la București, unde participa la lucrările sesiunii Academiei Republicii Populare România, în ziua de 18 decembrie a anului 1952. A trecut în veșnicie în felul în care a făcut-o, șapte ani mai tîrziu, și marele nostru maestru acad. Iuliu Hațieganu, care a decedat, cum știm, în timp ce participa la lucrările M.A.N. din 4 septembrie 1959, la București.

A fost adus la Cluj-Napoca, unde, după îndeplinirea ceremoniei de rigoare, desfășurată pe măsura activității întregii sale vieți, condus de un mare cortegiu de studenți, colegi, colaboratori, prieteni și foști bolnavi, a fost depus, spre veșnică odihnă, în cripta familiei din Cimitirul Central al orașului Cluj-Napoca, nu departe de ceilalți corifei ai școlii medicale clujene, între care a muncit și în rîndul cărora merită să fie așezat.

* Portarul Cîmpeanu avea o cardiopatie ischemică.

GHEORGHE POPOVICI-BOȘCU
(1895—1946)

Delegat la Marea Adunare Națională de la Alba Iulia din 1 Decembrie 1918, din partea Societății Academice Studențești „Petru Maior" de la Budapesta. Succesorul profesorului Titu Gane la Catedra de pediatrie a Facultății de Medicină din Cluj, între anii 1935—1946. Autor al tratatului în 4 volume de *Pediatrie și Puericultură*. Întemeietor, împreună cu antecesorul, prof. Titu Gane, al învățământului românesc de pediatrie din Cluj. Fost inspector de puericultură al Institutului de Igienă și Sănătate Publică din Cluj.

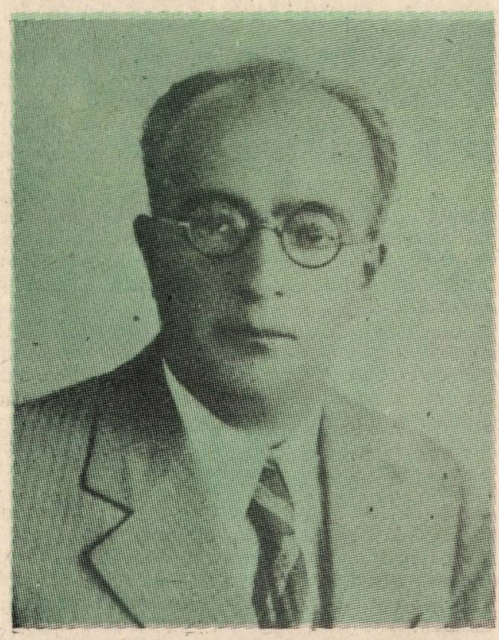


Fig. 3. — Prof. Gheorghe Popovici-Boșcu.

S-a născut la 17 aprilie 1895, în Chișinău-Criș, județul Arad, dintr-o veche familie de intelectuali. După absolvirea liceului din Brașov, urmează Facultatea de Medicină la Budapesta, fiind promovat doctor în medicină în anul 1919. Pentru meritele sale cîștigate ca element deosebit a beneficiat în timpul facultății de bursă specială.

A deținut funcții în Societatea Academică a Studenților Români „Petru Maior" din Budapesta, fapt atestat de numirea sa ca președinte al Comisiei studențești la pregătirea Unirii Transilvaniei cu România, la 1 Decembrie 1918, ca om de legătură al Societății cu conducătorii politici de atunci, și de alegerea sa ca delegat al acestei societăți la Marea Adunare Națională din 1 Decembrie de la Alba Iulia, unde a sosit împreună cu colegii săi Dumitru Antal, Traian Popoviciu și Veturia Leucuția.

Iată copia „credenționalului" medicinistului Gheorghe Popovici-Boșcu.

Încredințatul Societății „Petru Maior" din Budapesta
Credențional *

«Studențimea universitară română, organizată în cadrele Societății „Petru Maior", constituindu-se în ziua de 12/25 nov. 1918 în adunarea electorală pentru alegerile reprezentanților la Marea Adunare Națională din Alba Iulia, a ales din sînul său pe dl. Gheorghe Popoviciu, candidat de medic,

Căruia, în baza Regulamentului, prin aceasta i se încredințează mandatul de reprezentant al studențimii universitare române din Budapesta, organizate în cadrele Societății „Petru Maior" din Budapesta». (Extras din ședința tinerimii universitare române ținută la 12/25 noiembrie 1918.)

Semnează notarul, președintele și bărbații de încredere.

În continuare descriem *călătoria de la Budapesta la Alba Iulia**: «La solicitarea CNR (Comitetul Național Român) și a românilor din Budapesta, guvernul maghiar a comunicat prin Ioan Erdélyi, militant unionist român, că a pus la dispoziția celor ce doresc să ia parte la Adunarea convocată la Alba Iulia un tren special, care va pleca de la Budapesta în ziua de 30 noiembrie, ora 8,30. În acest tren călătoreau un număr destul de mare de români, în majoritate delegații Partidului Socialist Român.

În compartimentul în care ne-am așezat, călătoreau trei socialiști. Unul dintre ei, tipograf, a ridicat în timpul discuțiilor noastre entuziaste cîteva rezerve, spunînd că el, delegat oficial, nu va vota decît cu rezerve. Cauza: domnia ciocoilor în Regat. După ce l-am asigurat că această domnie va fi înlăturată după Unire, grație infuziei de ardeleni în viața politică a Regatului, părea că a devenit mai maleabil. Adevărul este că la Alba Iulia socialiștii au votat Unirea fără rezerve. Pînă la Stația Gyula (Jula), călătoria a decurs în liniște: de altfel, trenul pînă la acea stație a avut un itinerar accelerat. Abia de la Gyula, localitate situată în Ungaria, un orășel locuit în parte de români, au început manifestările. La acea stație au așteptat delegații însoțiți de un mare număr de localnici. Urcarea lor în tren a fost însoțită de urale. De aici încolo, spre Transilvania, a apărut steagul tricolor românesc, atîta amar de veacuri ținut ascuns, scos și sărutat în taină în zile mari. De data aceasta, acest simbol al identității neamului nostru, simbol al apartenenței noastre la marea familie a românilor, a putut să-și facă apariția fără frică. Pe acel sărbătoresc parcurs din ziua de 30 noiembrie și a doua zi pe platoul cetății ne-a uimit

* Așa cum au povestit-o profesorii Gheorghe Popovici-Boșcu și Traian Popoviciu, repovestită ulterior și de prof. Ion Jovin.

numărul mare de steaguri, panglici și embleme trei culori pe piept și căciuli. De unde a răsărit deodată atîta stofă și pînză!?

Dacă între Gyula și Curtici manifestările au fost discrete, la această din urmă stație, caracterul lor a îmbrăcat un ton frenetic. La Curtici, comună situată deja în județul Arad, cel mai curat județ românesc din vechea Ungarie, delegații la M.A.N. erau însoțiți de o mulțime compusă din bărbați, dar și femei și copii. O orchestră, compusă din viori, clarinete și trompete, cînta „Deșteaptă-te române" și „Pe-al nostru steag e scris Unire". De acolo trenul oprea la fiecare stație, după un itinerar de „personal", și scena de mai sus se repeta, cu mici variante. Delegații, dar și mulți însoțitori și public, au venit să asiste la plecarea celor care au misiunea să schimbe soarta poporului întreg. Este puțin probabil ca masele să fi reacționat după rigorile logicii atunci cînd s-au manifestat în cel mai înalt grad de bucurie. Există, pe semne, undeva, în străfundul conștiinței și rațiunii umane, acel instinct-intuiție, cum i-ar spune Bergson, separat de rațiune — care îi dictează orientarea și purtarea în anumite momente de răscruce.

Care a fost oare puterea magică ce a permis, într-un timp atît de scurt, mobilizarea maselor? Aici, meritul revine mai ales intelectualilor („inteligenței") de la sate, care au știut să țină treaz conștiința de neam și să o transforme, cînd a sosit momentul, în acțiune organizată.

Trenul a sosit la Alba Iulia pe înserate. La gară am fost primiți de membrii comitetului însărcinat cu cazarea. Am fost repartizați la căminul unei școli profesionale și îndrumați spre un dormitor cu vreo 20 de paturi. Acolo am întîlnit pe avocatul Valeriu Roman din Dej, pe care l-am cunoscut pe front. Făcea parte din conducerea Partidului Socialist Român. În dormitor nu s-a zăbovit prea mult, pornind spre centrul orașului, transformat parcă într-o imensă scenă de serbare folclorică, cu mii de oameni pe străzi, cîntînd cu chiote de bucurie. Peste tot se auzea cîntarea națională de atunci: „Deșteaptă-te române" și „Hora Unirii"; se cînta fără încetare; cîntecele vuiau în aerul ce plutea deasupra orașului, plin de sunete și de căciuli azvîrlite sărbătorește spre cerul izbăvirii și a visului milenar împlinit. Moții s-au adunat pe deal și cîntau, din tulnice, bucuria lor. Cîntecele lor au devenit apoi hore nesfîrșite.

După votarea Unirii, dansurile s-au întins pe toate străzile; cunoscuți sau necunoscuți se îmbrățișau cu lacrimi de bucurie în ochi și se sărutau. Puțini s-au întors de la Alba Iulia cu propria căciulă, deoarece arareori își mai prindeau propria lor căciulă, aruncată în înaltul cerului. Ba unii, afirma veteranul moț Vasile Furdui, din Sohodolul de Arieș-Alba, pe atunci miner la Roșia Montană, făceau schimb de căciuli, să aibă ceva ca amintire de la Alba. Cuvintele celor care vorbeau erau auzite din ce în ce mai greu. Declararea Unirii Transilvaniei cu România a făcut să izbucnească, din toate piepturile, imnul țării și al marii înfrățiri: „Deșteaptă-te române"; mulțimea scanda frenetic: „Trăiască România" și „Trăiască pacea în lume". Toată noaptea a continuat, neîntrerupt, tumultul dezlănțuit al reîntregirii și cîntecul miilor de țărani, meșteșugari, militari, intelectuali, artiști și studenți, care-și dăduseră frîu liber sentimentelor acum împlinite, dar atîta amar de vreme reprimate.»

Activitatea didactică, științifică și spitalicească a medicului și apoi a profesorului Gheorghe Popovici-Boșcu a fost bogată și multilaterală.

În pregătirea sa profesională, încă din facultate, pune accentul pe disciplinele fundamentale ale medicinii: fiziologie, fiziopatologie, farmacologie și farmacodinamie, pe care le adîncește, lucrînd timp îndelungat la aceste discipline. Bine documentat în disciplinele fundamentale, se îndreaptă spre studiul clinicii copilului, lucrînd alături de maeștrii săi din țară: prof. dr. T. Gane și prof. dr. E. Manicatide, care au avut o covîrșitoare influență în formarea sa profesională.

Menționăm completarea studiilor la Clinica din Heidelberg, sub conducerea profesorului György, savant de renume mondial, cu care a lucrat ani de-a rîndul, formîndu-și concepția științifică a cercetărilor privind organismul copilului în stare de sănătate și boală. Aceste cercetări l-au călăuzit în viață, reușind, la rîndul său, să imprime puternic colaboratorilor săi necesitatea studiilor de cercetare, fără de care progresul nu este posibil. Dînd tuturor exemplu, lucra mult și intens; deseori făcea nopți albe.

Atît la Cluj, cît și în vremelnicul refugiu la Sibiu, a avut cabinet particular, unde, datorită renumelui profesional și uman, era foarte căutat de pacienți, mai ales de cei săraci.

După ce în anul 1926 obține, prin examen, titlul de docent în terapia infantilă și puericultură, este ales, prin chemare, profesor la Catedra de fiziologie a Facultății de Medicină din Cluj, în 1932, unde a redactat un *Manual de fiziologie*, iar la 1 aprilie 1935, tot prin chemare, ocupă postul de profesor la Catedra de pediatrie, girînd totodată Catedra de farmacologie unde, de asemenea, scrie un manual. Paralel cu aceste funcții, activează în cadrul Institutului de Igienă și Sănătate Publică din Cluj, ca șef de secție, în probleme de ocrotirea mamei și copilului. În aceste condiții, prof. Gh. Popovici — Boșcu imprimă colectivului său un impuls deosebit, atît pentru munca la patul bolnavului și pe teren, cît și, în special, pentru activitatea științifică. *Asistența medicală*

a copilului a fost așezată pe noi baze, dînd atenție, cu precădere, laturii profilactice. În acest sens, menționăm progresele înregistrate de învățămîntul de pediatrie clujean pe linie didactică, activitate orientată spre problemele cele mai arzătoare ale terenului, asupra cărora se insista, în mod deosebit, la cursuri și stagii practice, probleme actuale și în zilele noastre.

Între anii 1936—1940 menționăm apariția *Tratatului de pediatrie și puericultură*, în 4 volume, al prof. dr. Gh. Popovici-Boșcu, lucrare bazată pe cele mai noi concepții ale timpului, ceea ce a reprezentat un progres deosebit în pregătirea studenților și medicilor.

În dezvoltarea învățămîntului de pediatrie de la Cluj, un rol important l-a avut „Societatea de Pediatrie și Puericultură" și revista cu același nume, înființate la îndemnul său. Ele au contribuit la impulsionarea activității științifice a colectivului clinicii și a pediatrilor din Transilvania.

Bogata activitate a profesorului dr. Gh. Popovici-Boșcu însumează peste 500 de lucrări, monografii, rapoarte, referate etc., din care relevăm o serie de contribuții personale privitoare la rahitismul copilului, vitaminele D și C, metabolismul hidromineral al copilului, aspecte privind terapeutica și dietetica infantilă legate, cu deosebire, de tulburările digestive acute și cronice.

Între anii 1940—1945, profesorul dr. Gh. Popovici-Boșcu depune aceleași eforturi, în timpul refugiului clinicii la Sibiu, cu prilejuri, devotament și spirit de sacrificiu. Activitatea didactică, științifică, medicală și social-obștească este continuată și augmentată, cu toate condițiile grele create de război.

Profesorul Popovici-Boșcu era o personalitate distinsă, avea o vastă cultură medicală, era un excelent organizator. Se știe că, înainte de al II-lea război mondial, Clinica pediatrică era situată într-o clădire pe locul actualului Institut Oncologic din Cluj-Napoca. Alături erau niște grajduri care, prin grija lui Boșcu, au fost transformate în anexe ale Clinicii de pediatrie, ambulatoriu și camere de gardă pentru studenții care făceau gardă de noapte.

Fig. 4. — Prof. Gheorghe Popovici-Boșcu în mijlocul studentelor sale absolvente, seria 1940.

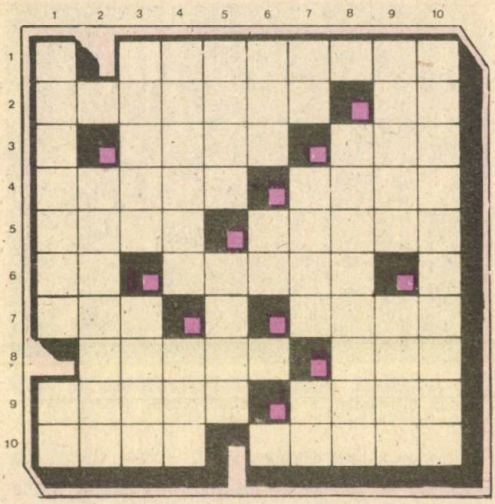
Conform regulamentului, avea drept la serviciu de gardă de noapte — casă și masă — un singur student. Prin grija și aprobarea profesorului s-au admis în permanență patru studenți (doi băieți și două fete) săraci și merituoși, care în acest fel au putut urma Facultatea de Medicină. Dintre aceștia prof. dr. Eugenia Mihalca îi amintește pe viitorii profesori: Ion Gîrbea și Ion Bîrzu și pe Romică Pulca, fratele cîntărețului Pulca (Ion Dacian). Pentru aceste motive și multe altele, era foarte iubit de studenți.

Grija pentru pregătirea de cadre valoroase s-a concretizat prin formarea următorilor colaboratori, deveniți cadre cu înaltă calificare pediatrică: conf. dr. V. Munteanu, prof. dr. Octavian Pop, prof. dr. Iuliana Țîrlea, prof. dr. Eugenia Mihalca, prof. dr. Octavian Mărgineanu și merituoșii medici primari, ca: dr. Adriana Berariu, Augustin Man, Ștefan Băncilă și alții.

În 1946, după întoarcerea Facultății de Medicină la Cluj, Clinica de pediatrie se muta într-un nou local, ce oferea condiții mult superioare celor precedente. Din nefericire, în același an, prof. Gh. Popovici-Boșcu, în apogeul activității sale și-n plin elan de creație, a fost răpus de o boală necruțătoare. Dispariția sa prematură a fost o mare pierdere pentru pediatria românească.

Dr. *FLOREA MARIN*
Cluj-Napoca

MOMENTE DE RELAXARE

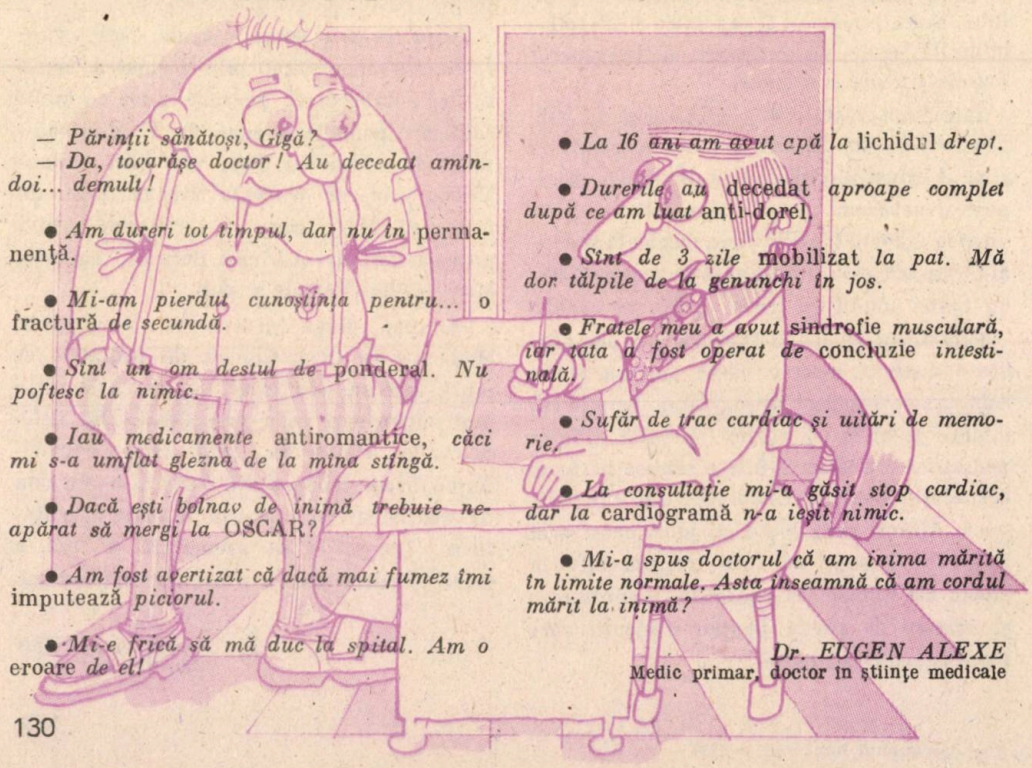


ORIZONTAL: 1. Ordine de zi. 2. Podul înalt — Plecare în deplasare! 3. Înlesnește o circulație continuă — Într-o doagă. 4. Un platou... cu verdeață — Buletine! 5. Cadru universitar — Teren neutru. 6. Trebuie bineînțeles! — Dus-întors. 7. O petală din roza vînturilor — Joc de imagini. 8. Capitole de studiu la anatomie (sing.) — Murmur! (sing.). 9. Alegeri parțiale (sing.) — Stă gol (pl.). 10. Doi lei! — Cu adînci semnificații.

VERTICAL: 1. Zgîrie nori (pl.) — Total lipsit de conținut! 2. Ne deschid capul. 3. Ca valul trece! — Cîntec înaripat. 4. Ecoul gîndului curat — Piraţi ai aerului. 5. Sferă de influență — Indicație de echilibru la paralele. 6. Schimbă direcția acelor! — Spatele iahtului! 7. Aparențe! — Un cap de mare valoare în filatelie — Jos cortina! 8. Mișcare care schimbă temeliile. 9. Vine de la poștă! — „Poarta sărutului" (pl.). 10. Ansamblul pieselor de schimb.

Adam Stoica

Gigă la doctor



— *Părinții sănătoși, Gigă?*

— *Da, tovarășe doctor! Au decedat amîndoi... demult!*

● *Am dureri tot timpul, dar nu în* permanență.

● *Mi-am pierdut cunoștința pentru...* o fractură *de secundă.*

● *Sînt un om destul de* ponderal. *Nu poftesc la nimic.*

● *Iau medicamente* antiromantice, *căci mi s-a umflat glezna de la mîna stîngă.*

● *Dacă ești bolnav de inimă trebuie neapărat să mergi la* OSCAR?

● *Am fost avertizat că dacă mai fumez îmi* imputează *piciorul.*

● *Mi-e frică să mă duc la spital. Am o* eroare *de el!*

● *La 16 ani am avut cpă la* lichidul *drept.*

● *Durerile au* decedat *aproape complet după ce am luat* anti-dorel.

● *Sînt de 3 zile* mobilizat *la pat. Mă dor tălpile de la genunchi în jos.*

● *Fratele meu a avut* sindrofie *musculară, iar tata a fost operat de* concluzie *intestinală.*

● *Sufăr de trac cardiac și uitări de memorie.*

● *La consultație mi-a găsit stop cardiac, dar la* cardiogramă *n-a ieșit nimic.*

● *Mi-a spus doctorul că am inima mărită în limite normale. Asta înseamnă că am cordul mărit la inimă?*

Dr. EUGEN ALEXE
Medic primar, doctor în științe medicale

CURCANUL

Într-o vară, un țăran
Constată, venind din lan,
Că-i lipsește un curcan!
Parcă nu-i venea să creadă
Că nu-l vede în ogradă.
Și oricît a căutat
Urma lui nu a aflat.

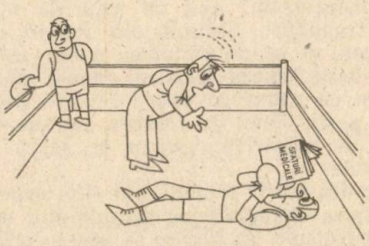
Întîmplarea cu moțatul
— Ce l-a-mpuns precum un cui —
Nu o spuse nimănui,
Așteptînd, plin de răbdare,
Că, mai știi, curcanu' apare!

Într-o zi al său vecin
— Ce băuse cu toptanul —
L-a-ntrebat, ca din senin:
— Ai găsit, bade, curcanul?
— Nu! — răspunse el mirat,
Privindu-și vecinul beat —
Dar știu cine l-a furat!

Morala

Morala la iveală
Nu trebuie-a fi scoasă,
Că este, de la sine,
Prea bine înțeleasă.

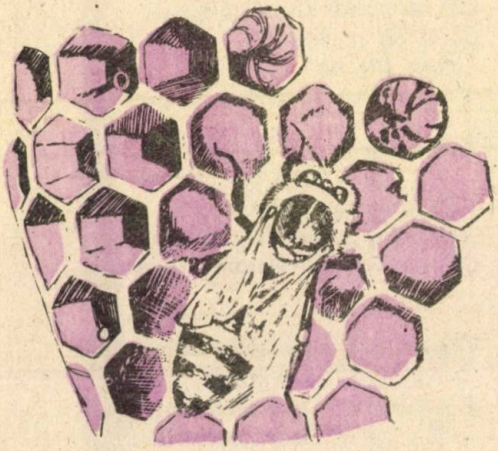
PIA HAȚEGANU
Membră a Cenaclului literar „Lucian Blaga"



Fără cuvinte

Desene de NIC NICOLAESCU

CÎTE CEVA DESPRE...



...Terapia empirică oftalmică

Medicina tradiţională din ţara noastră păstrează nenumărate remedii utilizate în timpurile străvechi, care, valorificate corespunzător şi îmbogăţite prin cunoştinţele şi posibilităţile contemporane, pot asigura realizarea unor medicamente preţioase pentru tratarea unor maladii.

Astfel, în folclorul medical românesc se pot întîlni o serie de „leacuri" pentru ochi, obţinute din produse vegetale sau animaliere, pe cît de simple, pe atît de eficace. Dintre acestea menţionăm: apa de viţă de vie, apa de trandafiri, fiertura din bulbul de ceapă, sucul de ceapă diluat cu miere, mierea, laptele de femeie, colostrul, fierea, albuşul de ou cu sulfat de cupru sau de zinc, lapţii de peşti, uleiul de păstrăv, laptele de capră şi de măgăriţă, untura de şarpe şi multe altele.

Fiecare din aceste remedii pot fi interpretate pe baza cunoştinţelor actuale sub aspect farmacologic. În fiecare se găsesc principii active cunoscute pentru efectul terapeutic direct sau intermediar. De exemplu: laptele de mamă, colostrul, conţine o substanţă (ligand) care facilitează pătrunderea zincului în ţesuturile oculare, cu roluri importante în funcţionarea aparatului vizual (descoperire relativ recentă). În plus, este steril şi conţine substanţe antiinfecţioase. Uleiurile de peşte, probabil prin conţinutul în vitamine liposolubile (solubile în grăsimi) — A şi E —, au mare importanţă în sănătatea ochiului. Mierea, prin conţinutul în zaharuri, vitamine, enzime, hormoni, oligoelemente, substanţe bactericide, constituie materia primă pentru un colir (picături în ochi), realizat în cadrul Institutului de Cercetări pentru Apicultură, numit „Colmel".

... Miere

— În miere, „nobilul produs al celor mai productive lucrătoare de pe pămînt", microorganismele nu se pot dezvolta. Se consideră că această conservabilitate permanentă este dată de conţinutul în potasiu, care privează celula bacteriană de apa necesară funcţiilor sale vitale.

Efectele dezinfectante şi bactericide ale mierii se pot pune, însă, şi pe seama conţinutului în acid glucuronic şi formic.

— Este posibilă realizarea dirijată, în scopuri terapeutice, a unor sorturi de miere. Mierea, ca şi celelalte produse stupicole, are o compoziţie variabilă, de la o sursă la alta, în funcţie de materialul floricol utilizat de albine, care în migăloasa lor muncă aduc omului principii active culese din plante. Astfel au fost realizate mierea antireumatică şi cardiotonică (stimulentă a inimii). Despre mierea de mană (substanţa compactă dulce depusă pe ramurile şi acele de conifere) se ştie că are efecte antispastice şi antiinflamatorii, datorită conţinutului în uleiuri volatile şi răşini.

... Lăptişorul de matcă

Albinele-doici elaborează lăptişorul de matcă pentru hrana tuturor larvelor tinere, timp de 3 zile, şi pentru larvele de matcă, pentru toată perioada de dezvoltare a acestora.

Datorită lăptişorului de matcă, în primele trei zile, creşterea în greutate a larvelor este uimitoare (de 250 de ori), iar matca hrănită numai cu lăptişor ajunge la maturitate cu 5 zile înaintea albinelor-lucrătoare, cu o greutate dublă faţă de a acestora. De asemenea şi longevitatea albinei-matcă hrănită cu lăptişor este de 5-6 ani, faţă de 35-40 de zile, cît trăiesc albinele-lucrătoare. Şi prolificitatea mătcii, care poate depune zilnic cca 3 000 de ouă, se poate pune pe seama acestui extrem de complex şi bogat aliment.

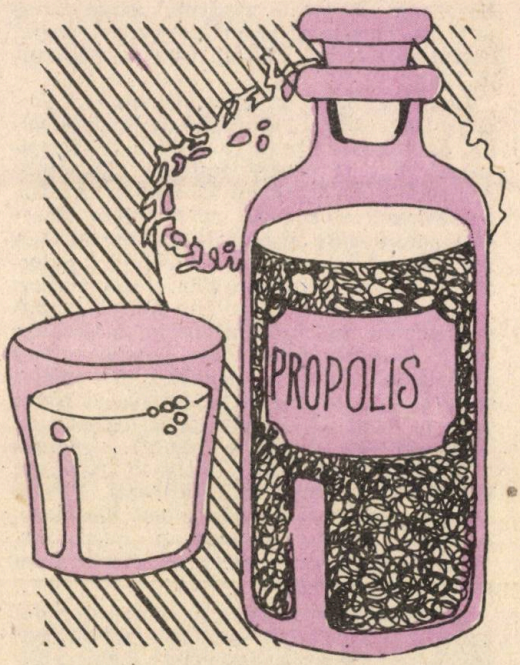
În lăptişorul de matcă găsim, pe lîngă substanţele nutritive, proteine, zaharuri direct asimilabile, grăsimi, vitamine (B_1, B_2, B_6, PP), acid folic şi alte substanţe energizante, vitaminizante, neidentificabile.

Introdus în terapeutică din 1922, de către profesorul Chauvin (de la Universitatea Sorbona), lăptişorul de matcă a dovedit şi la om miraculoase efecte energizante trofice (regeneratoare), vitalizante.

Din deceniul al cincilea s-au iniţiat în lume şi în ţara noastră studii intense în vederea stabilirii rolului terapeutic al acestui deosebit de valoros produs al stupului. Se recomandă în convalescenţă, stări de oboseală, neurastenie, tulburări de creştere, sarcină, pentru mărirea rezistenţei faţă de infecţii etc.

Lucrări valoroase au scos în evidenţă efectele de revitalizare, datorate prezenţei gamaglobulinei în lăptişorul de matcă, efectele în ateroscleroză, în stările de diminuare a vederii.

În numeroase ţări — U.R.S.S., S.U.A., Canada, Franţa, R.F.G., Mexic, Suedia, R.P. Bulgaria — se realizează preparate farmaceutice şi cosmetice cu lăptişor de matcă, sub formă de tablete, capsule, soluţii, geluri, creme etc. La noi în ţară, acest produs a intrat demult în producţie, sub formă de comprimate şi drajeuri, sub formă de liofilizat sau înglobat în miere. Astfel, colirul cu 2% lăptişor de matcă, „Colgel", este indicat în boli ale ochiului, generate de bătrîneţe, infecţii virotice şi microbiene. Datorită gamaglobulinelor este indicat şi ca imunostimulent (stimularea rezistenţei) în infecţii, stări toxice.



... Propolis

Printre mirificele produse realizate în stup de aşa-numitele „gîze blonde" se află şi *propolisul*.

Acesta era cunoscut pînă nu demult de apicultori ca un produs secundar al stupului, destinat consolidării şi fortificării acestuia, sau pentru îmbălsămarea cadavrelor vizitatorilor nedoriţi, ce nu pot fi scoşi din stup (şoareci, insecte). Considerat inutil sub aspect terapeutic, propolisul a fost redescoperit în timpul din urmă. De altfel, se ştie că însuşirile curative ale acestui material nu erau neglijate în Egiptul antic şi nici de greci şi latini. Însăşi denumirea provine din cuvîntul latin *pro* = înainte şi grecescul *polis* = cetate.

Lucrările lui Galen şi Varro, ale lui Abu Ali Ibn-Sina (Avicenna), dar şi ale unor scriitori antici (Pliniu) vorbesc despre acea „ceară neagră", care, de bună seamă, era propolisul.

Este cunoscută întîmplarea filozofului grec Aristotel care, pentru a observa albinele în activitatea lor, a apelat la un stup transparent, dar misterioasele fiinţe şi-au acoperit imediat pereţii transparenţi cu o substanţă închisă la culoare.

Pînă tîrziu, în secolele XVIII şi XIX, utilizarea propolisului, medicală dar şi tehnică, a rămas cunoscută multor popoare, fiind transmisă din generaţie în generaţie

Se bănuie că viorile vestitului Stradivarius ar fi fost lăcuite cu propolis și de aici, poate, excepționalele lor calități, care au răzbătut în timp.

Ca medicament, în medicina empirică propolisul s-a utilizat sub formă de prișnițe calde, în răceală, dureri reumatice, în furunculoză, dar și pentru tratarea bătăturilor și a negilor. În Războiul Burilor, în spitalele de campanie se aplicau, cu rezultate deosebite, pansamente cu propolis, pentru prevenirea gangrenelor, dovadă a efectului puternic antiseptic și regenerator al țesuturilor.

Progresele științei secolului XX au permis cunoașterea în amănunțime a majorității (unele sînt încă neelucidate) componentelor propolisului. Metode moderne de analiză spectrofotometrice și cromatografice au putut pune în evidență compoziția sa deosebit de complexă. Se cunoaște perfect structura chimică a unui număr mare de compuși, iar alții sînt izolați și identificați. Printre cei bine cunoscuți se află flavone, flavonone, flavonoli, terpene, derivați de quercetină, alcooli aromatici — cafeic și ferulic — cu activitate biologică.

Activitatea antibiotică a compușilor din propolis și a celorlalți produși similari, contrar antibioticelor cunoscute și intens utilizate, nu afectează imunitatea (răspunsul natural de apărare) organismului.

Studii microbiologice *in vitro* și *in vivo* (în afara și pe organismele vii) au putut stabili că activitatea antibiotică a propolisului diferă după proveniență. După unii autori acesta ar avea o dublă origine; una externă — compuși luați din mugurii plantelor folosite la recoltare — și una internă, din regurgitarea substanțelor rășinoase provenite din polenuri. Deci, albinele pot să transmită nu numai principii active ca atare, ci și principii prelucrate de ele.

Propolisul stimulează activitatea macrofagelor și a dovedit eficacitate pe diverse tulpini de germeni patogeni — *Staphilococcus (aureus, viridans, haemolythicus) Proteus, Escherichia coli* și alții.

Pe lîngă proprietățile antimicrobiene, experimental s-au dovedit și proprietățile antioxidante, acestea fiind în funcție de natura substratului.

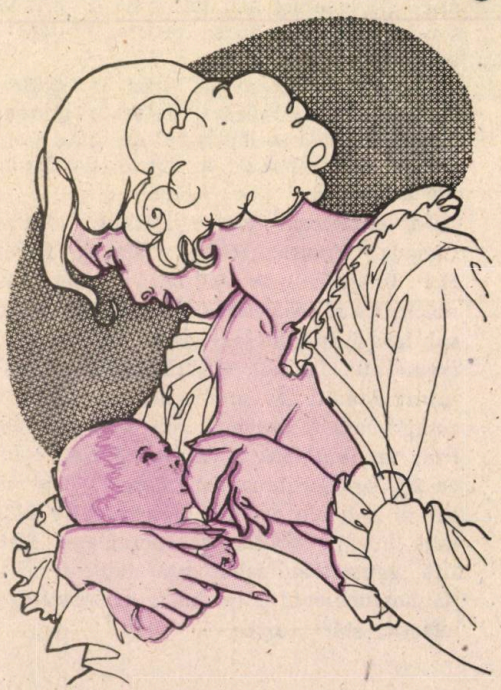
Studierea pe animal a efectului anestezic al extractului hidroalcoolic de propolis (local și sub formă de infiltrații), comparativ cu o soluție de procaină 5%, a scos în evidență o echivalență și o bună toleranță asupra organismului intra- și postoperator.

Sînt în curs studii asupra efectelor antivirale; rezultatele încep să devină tot mai certe, lucru de mare importanță, terapia antivirală fiind o problemă de mare actualitate. De asemenea, studiile privind activitatea anticanceroasă a propolisului conturează rezultate promițătoare.

Farm. **SILVIA CHERECHEȘ**
Cercetător științific I.C.S.M.C.F.

PREVENIREA NEVROZEI la copil

Dr. **Octavian Ieniștea**
medic primar neurolog

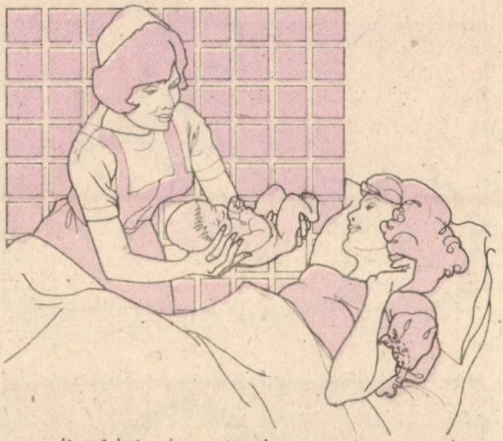


De multe ori, cînd aflăm despre cineva că suferă de nevroză încercăm să aflăm care a fost cauza — necazuri, neajunsuri, pierderi, nereușite etc. Uneori ni se pare că încercările la care a fost supus erau într-adevăr de natură să-l aducă în starea în care se află. Alteori, apreciem cauza invocată ca neînsemnată și ne întrebăm chiar dacă simptomele de care se plînge sînt adevărate. În acest din urmă caz putem greși, fiind ten-

taţi să-l acuzăm pe nedrept fie pe bolnav, fie pe medicul care a stabilit diagnosticul. Ştiind, însă, că de multe ori adevărata cauză a instalării nevrozei poate fi cu totul alta decît cea aparentă, ne vom abţine să facem presupuneri neîntemeiate. Aceasta, cu atît mai mult, cu cît un eveniment sau o situaţie neplăcută pot fi trăite de o persoană ca minore, iar de alta ca deosebit de tulburătoare. Aşa cum există diferenţe individuale în ceea ce priveşte sensibilitatea la durerea fizică, există deosebiri şi mai mari ale sensibilităţii faţă de dificultăţile vieţii. Se ajunge astfel la întrebarea firească: ce determină gradul de sensibilitate al fiecăruia, cum şi cînd se conturează el? În parte depinde de însuşiri înnăscute, dar mai importante sînt condiţiile mediului, climatului şi educaţiei familiale din perioada copilăriei, atunci cînd se pun bazele personalităţii adultului. Din momentul venirii pe lume şi pînă în jurul vîrstei de 10 ani se dezvoltă şi se fixează în nucleul personalităţii trăsături care influenţează profund devenirea viitorului adult. Acest adevăr m-a determinat să aleg subiectul articolului de faţă, pentru că, vorbind despre prevenirea nevrozei la copil, se desprinde şi modul în care, încă din copilărie, poate fi scăzut riscul apariţiei acelor trăsături care înlesnesc instalarea nevrozei la adult. Dar, pentru că a preveni impune ca mai înainte să cunoşti rădăcinile răului, în acest articol vor fi descrise fazele succesive ale dezvoltării psihice a copilului, condiţiile şi factorii capabili să înlesnească, să frîneze sau să denatureze dezvoltarea normală. Aşa cum se va vedea, m-am abţinut să dau sfaturi, întrucît nu există reţete universal valabile. Fiecare părinte are firea şi felul lui de a fi, pe care nu şi le poate schimba, după cum nici toţi copiii nu sînt la fel, fiecare avînd trăsături proprii înnăscute. De aceea am crezut că este mai bine să las cititorului libertatea ca, parcurgînd cu atenţie descrierea, să hotărască singur căile şi mijloacele potrivite fiecăruia dintre copiii săi, menite să-l ajute pe fiecare să-şi pună în valoare zestrea cu care s-a născut şi să-şi înfiripe, de la început, o personalitate echilibrată.

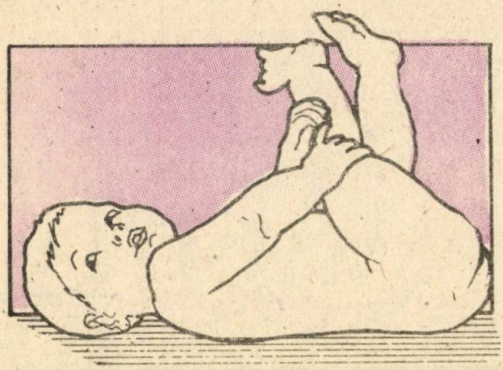
În sfîrşit, mai înainte de a începe expunerea fazelor prin care trece dezvoltarea psihică a copilului, ţin să subliniez că nu trebuie uitat nici un moment faptul că între cele trei componente ale fiinţei omeneşti — fizică, psihică şi socială — există o strînsă legătură, ele influenţîndu-se reciproc. De aceea părinţilor li se cere să se străduiască să ajute la dezvoltarea concomitentă şi armonioasă a celor trei laturi, de care depinde, în final, normalitatea şi sănătatea copilului. Acestea spuse, putem intra în subiect.

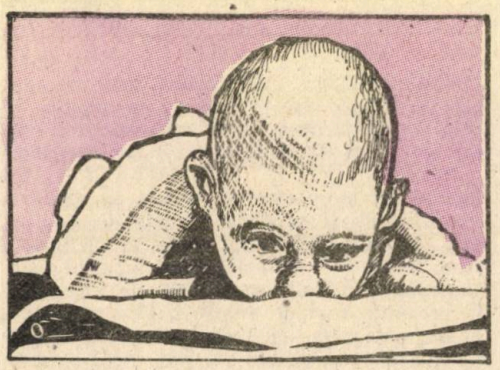
Primul an de viaţă este dominat de „foamea prezenţei adultului", în sensul nevoii copilului de a-i fi satisfăcute, ordonat, atît



nevoile biologice, cît şi aceea de a se simţi ocrotit. După cca 10 zile de la naştere şi pînă la vîrsta de o lună, respectîndu-i ritmul de supt, de somn etc., i se formează „ceasul biologic". În lunile a II-a şi a III-a începe să se orienteze vizual şi auditiv, manifestînd şi primele emoţii de confort sau de lipsa confortului. Este momentul în care, deşi nu o recunoaşte pe mama, el reacţionează printr-un sentiment de siguranţă în prezenţa ei. Între lunile a IV-a şi a VI-a apare percepţia (îşi îndreaptă privirea spre obiectele sau sunetele din jur), apoi curiozitatea, începe să manifeste dependenţă şi emoţii cu încărcătură afectivă (simpatie, antipatie, mînie, gelozie etc.), dorinţa de a comunica — nu vorbeşte încă — cu cei din preajma sa. Între 6 şi 9 luni se adaugă gesturi cu funcţie de comunicare, începe să meargă de-a bușilea şi să manifeste primele semne de inteligenţă adaptativă (trage spre el mîna în care mama ţine jucăria la care nu ajunge), pronunţă primele silabe, apoi cuvinte scurte, încearcă să atragă atenţia şi bunăvoinţa, intuieşte starea de dispoziţie a mamei. În lunile următoare — între a XI-a şi a XII-a — mînuieşte şi poartă cu el obiecte, merge ajutat, foloseşte cuvinte cu înţeles de fraze, înţelege rugămintea, interdicţia şi mustrarea, răspunde cînd este chemat, manifestă ataşament dar şi sentiment de părăsire, rîde cu hohote şi plînge cu lacrimi. Este de notat „anxietatea de la opt luni", moment în care reacţionează faţă de oricine altcineva decît mama, rezervat, cu teamă sau cu tendinţa de a se apăra, fenomen care dovedeşte că a fixat în memorie imaginea mamei; acest embrion de memorie echivalează şi cu un mugure al gîndirii, care îi înlesneşte o dezvoltare rapidă a comportamentelor.

Însumate, toate aceste cuceriri din primul an de viaţă i-au asigurat bazele independenţei lui: merge, apucă, mînuieşte, comunică prin gesturi, mimică, eventual cu cuvinte simple; a început să i se înfiripeze şi memoria. Universul său s-a lărgit, iar pe





plan afectiv a acumulat o experienţă de importanţă covîrşitoare pentru devenirea lui psihică şi socială ulterioară.

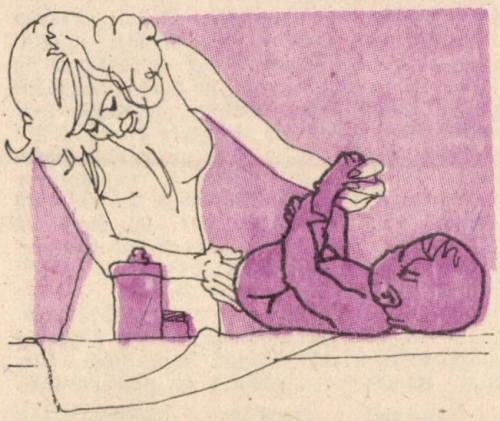
În perioada următoare, între 1 şi 3 ani, copilul îşi însuşeşte mai mult de jumătate din experienţa de bază pentru viaţă. Începe să sesizeze anumite reguli şi interdicţii care i se impun, asimilează stilul de viaţă al familiei, intuieşte şi participă afectiv la conflictele, la veselia sau la tristeţea din familie. La copil percepţia afectivă este cu mult mai puternică decît la adult, copilul avînd şi capacitatea de a intui şi trăi afectiv, chiar şi ceea ce nu înţelege!

După ce a împlinit un an, copilul manifestă şi mai puternic nevoia de prezenţa adultului, care să-l ajute, să-l apere şi să-i ofere un termen de comparaţie. El începe să-şi formeze o imagine generală a adultului, pornind de la imaginea celui care se ocupă de el (dacă acesta este „rău", toţi adulţii sînt răi etc.). El devine din ce în ce mai mult ecoul dispoziţiei mamei, pe care o acaparează total, cerîndu-i mereu sprijin şi devenind mînios dacă-l refuză sau gelos dacă îl părăseşte pentru a se ocupa de altul dintre copii. Faţă de alte persoane este timid, nu speriat (!), le poate arăta simpatie sau antipatie. Încep să-i placă gluma, păcăleala şi comicul.

În jurul vîrstei de 2 ani, datorită faptului că el este total dependent în sfera practică, dar trăieşte atotputernicia voinţei sale, devine mai instabil, neînţelegător şi repezit. La această schimbare contribuie şi înmulţirea firească a interdicţiilor care nu-i îngăduie să-şi domine părinţii, ceea ce îl determină să manifeste un grad de ostilitate faţă de adult, dar se foloseşte şi de şiretlicuri pentru a dobîndi ce doreşte şi a evita pedeapsa. Se joacă aproape 90% din timp, întîi de unul singur, apoi şi cu alţii. Joaca îi îmbogăţeşte cunoştinţele şi experienţa, dar în acelaşi timp îi modelează conduita în direcţia sociabilizării. Întreruperea lui brutală de la joacă este trăită ca o manifestare de ostilitate a adultului şi protestează. În joaca lui se regăsesc evenimente şi situaţii din viaţa lui din familie.

La 3 ani şi-a cucerit în totalitate libertatea de mişcare şi siguranţa de sine. Este şi vîrsta lui „de ce?", moment în care începe încercarea lui de a stabili legături cauzale, asemănări şi deosebiri între obiecte şi fenomene. Cu ajutorul răspunsurilor primite el face un pas înainte pe calea dezvoltării memoriei şi gîndirii. Se conturează şi dorinţa lui de cooperare. Foloseşte ataşamentul şi ca o armă de şantaj afectiv şi manifestă uşor izbucniri emoţionale explozive, atitudini protestatare sau negativism. Este o perioadă grea pentru părinţi, cărora li se impune multă răbdare, tact şi înţelegere, pentru a-i satisface trebuinţele vîrstei, dar şi pentru a-i îngrădi raţional tendinţa de a-şi impune atotputernicia. Cu măsură, aplicate la momentul potrivit, opreliştile şi micile pedepse îl ajută să-şi construiască o imagine mai realistă despre sine, despre lume şi despre viaţă.

Între 3 şi 6 ani, perioada preşcolară a copilăriei, se perfecţionează deprinderile igienice, de alimentare, de îmbrăcare etc. În acest interval apar variaţii în ceea ce priveşte pofta lui de mîncare, de obicei mai scăzută şi puternic influenţată de starea lui sufletească, determinată de climatul afec-



tiv din familie. Este vîrsta la care trăirile sale emoţionale se înmulţesc şi se diferenţiază, în parte şi datorită intensităţii cu care-şi trăieşte rolurile asumate în timpul jocurilor colective, inclusiv la grădiniţă. Între 4 şi 5 ani se semnalează şi „crizele de prestigiu", cu manifestări de încăpăţînare şi negativism. La această vîrstă negativismul este firesc, deoarece curiozitatea lui îl face să descopere tot mai multe situaţii şi activităţi care-i trezesc interesul (în special în activităţile şi jocurile desfăşurate în grup; joaca îl acaparează în aşa măsură încît uită de el). Aceste descoperiri îi deşteaptă o avalanşă de dorinţe pe care le-ar vrea îndeplinite toate, dar părinţii le aleg şi le limitează, împotriva voinţei lui. Curînd, însă, către vîrsta de 5 ani, negativismul său se risipeşte.

În această perioadă încep să se contureze şi reprezentările mintale — de evocare, de anticipare, de completare, fantastice etc. — care-i alimentează imaginaţia, gîndirea şi conduita, motiv pentru care apar, odată cu minciunile menite să-l scape de pedepse, şi cele gogonate, „poetice", în care el se zugrăveşte adesea ca pe un erou de legendă.

Cert este că la 5 ani copilul şi-a alcătuit deja „stilul de viaţă", care se va păstra şi de-a lungul vîrstei adulte, adică acel fel personal, unic, de a se adapta la realităţile vieţii, dobîndit sub influenţa particularităţilor mediului familial, ale exemplului oferit de părinţi, ale vieţii şi relaţiilor din familie.

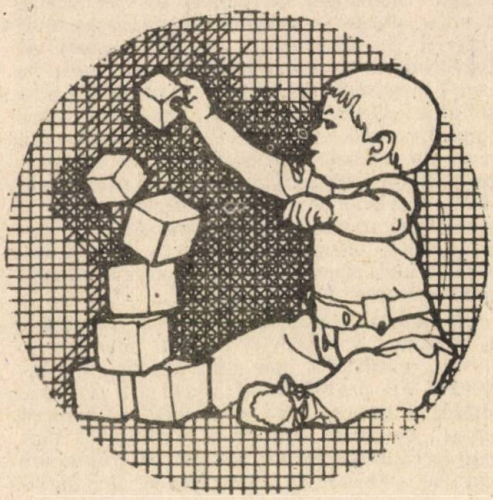
Cu perioada şcolară, între 6 şi 10 ani, se încheie copilăria.

La 6 ani, copilul este mai puţin graţios în mişcări, mai puţin rezistent ca la 5 ani, oboseşte mai uşor, este mai sensibil, instabil, capricios şi dificil. Mai neglijent cu îmbrăcămintea şi cu lucrurile lui, preferă, în locul desenului şi modelatului, jocului în colectiv, spectacolele, în special cele TV. Apare mania colecţionarismului, iar odată cu începerea activităţii şcolare şi cu înfiriparea simţului critic, perioada „gumei". Spre disperarea părinţilor, şterge mereu în caiet cînd îşi scrie temele sau cînd desenează, arătîndu-se mirat cînd este dojenit pentru acest lucru.

Intrarea lui pe porţile şcolii se face mai greu sau mai uşor, în funcţie de frecventarea grădiniţei, dar şi de felul în care a trăit şi a fost îndrumat în mediul familial. Cei mai mulţi aşteaptă cu nerăbdare „evenimentul" — din dorinţa de a fi la fel cu cei mai mari —, avînd totuşi nevoie, la început, de o perioadă de adaptare la trecerea de la grădiniţă, loc de joacă în comun, la obligaţiile, disciplina şi răspunderea impuse de şcoală. În orice caz el este atras progresiv de noutatea activităţii care-i satisface numeroasele curiozităţi şi dorinţa lui de realizare, de asemănare cu adultul.

Pe la 7 ani se observă o creştere a neastîmpărului şi a exparsivităţii; este repezit (mănîncă, se îmbracă, se spală, îşi face temele pe fugă) şi nu-şi poate păstra mult timp atenţia fixată asupra aceleiaşi activităţi. De-abia la 8 ani devine mai echilibrat, mai preocupat de persoana lui şi mai stăpîn şi organizat la învăţătură.

La 9 ani devine mai ordonat, mai sensibil şi mai sociabil, începînd să se asocieze la grupuri de copii de aceeaşi vîrstă şi de acelaşi sex („gaşca"). Se diferenţiază mai precis limitele spaţiului intim de cele ale spaţiului personal, ale celui format din grupul de colegi şi cel „oficial", bazat pe subordonare. Tot la 9 ani se dezvoltă dorinţa de a învăţa pentru a şti — dezvoltă gîndirea —, dar şi pentru a-i întrece pe alţii — dezvoltă hărnicia, răbdarea, perseverenţa. Aceste două tendinţe sînt puternic influenţate de succesele şi de eşecurile înregistrate, dar în acelaşi timp şi de aprecierile făcute de cadrul didactic, de părinţi şi de cei din jur asupra activităţii lui. Este perioada în care începe să folosească în planul gîndirii reguli care contribuie la creşterea nivelului inteligenţei generale (factorul „g", al inteligenţei).



Ar mai fi de reținut și faptul că grupul școlar nu joacă un rol important în planul afectivității lui; dincolo de manifestările aparente ale acestei influențe se profilează, de fapt, viața lui din mediul familial.

La 10 ani, dată la care s-a încheiat copilăria, bazele personalității lui au fost puse și, odată cu ele, și constanța de sine. Astfel, s-au construit componentele energetice, intelectuale și creative, aptitudinile și sociabilitatea, s-au format conduitele fundamentale — reacțiile afective și cele voluntare —, tendințele adaptative principale și multilateralitatea aspirațiilor. Din acest moment, de-a lungul adolescenței începe procesul de maturizare tutelată a personalității.

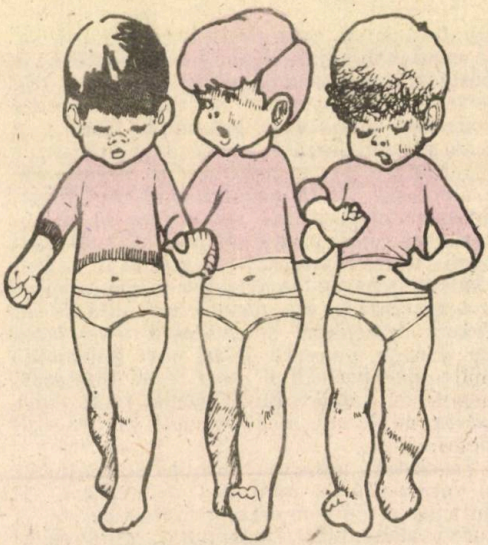
Din informațiile furnizate rezultă că personalitatea, asemenea unei construcții, se clădește pe o temelie așezată în subconștient în primii 2—3 ani de viață. Urmează punerea cărămizilor, în rînduri suprapuse, pînă în jurul vîrstei de 10 ani, cînd, zidăria fiind gata, se trece la finisare. Prin urmare, verticalitatea și soliditatea personalității adultului depind de rezistența și de corecta așezare a primei sale experiențe de viață. Faptul că această primă experiență rămîne ascunsă în subconștient explică unele dintre manifestările greu de înțeles ale adultului, inclusiv sensibilitatea lui la exigențele și încercările vieții.

Cu toate că orice copil normal se naște cu predispoziție de a dezvolta componentele specifice omului — fizice, psihice și sociale — dezvoltarea nu se produce spontan. Mediul și climatul familial, modelul și strădaniile părinților sînt cele care-l fac să devină un om adevărat. Confirmarea o găsim în cele cîteva cazuri de copii crescuți printre animalele sălbatice, a căror readucere printre oameni a condus la moartea lor, cu toate că au fost supuși unor îngrijiri cu totul speciale.

În ceea ce privește mediul familial, primul aspect important îl constituie alcătuirea familiei. Prezența ambilor părinți este obligatorie, fiecare jucînd un rol propriu în dezvoltarea copilului, după cum și cuplul pe care-l formează părinții are o influență bine definită. Absența unuia dintre părinți are urmări nedorite. Un studiu efectuat pe un grup de școlari, unii suferind de nevroză, iar alții cu tulburări grave de conduită socială, a arătat că cca 40% dintre primii și cca 70% dintre cei din urmă rămăseseră fără unul dintre părinți, mai înainte de a fi împlinit 5 ani; pierderea se produsese la ultimii mai devreme decît la primii.

Specialiștii afirmă că dispariția ireversibilă a mamei are urmări cu atît mai grave, cu cît copilul este mai mic, pentru că echivalează cu prăbușirea Universului în care copilul se simțea iubit și ocrotit. Înlocuirea mamei, oricît de fericită ar fi alegerea persoanei, reușește numai rareori să diminueze daunele suferite de dezvoltarea personalității copilului. Dar nici dispariția ireversibilă a tatălui nu rămîne fără urmări, copilul fiind lipsit de autoritatea și de legătura cu lumea din afara familiei, pe care o întruchipează tatăl. Personalitatea copilului este astfel amenințată de dezagregare, marcată de neîncredere în forțele proprii, nesiguranță și lipsă de inițiativă. Fenomenele menționate pot lua amploare și datorită mamei care, rămasă singură, sau tinde să „se agațe" de copil — îi acordă afecțiune și protecție peste măsură, îl răsfață — sau își asumă autoritatea tatălui absent, ceea ce îl face pe copil să se simtă neiubit și respins.

În cazul divorțului, aspectelor negative amintite li se mai adaugă încă două. Primul, atmosfera încordată ce precede despărțirea, uneori însoțită de conflicte zgomotoase și, pe deasupra, eventualele încercări de a-l atrage pe copil într-una dintre cele două tabere aflate „în război". Este dovedit faptul că și în cazul în care părinții ascund prăpastia care s-a deschis între ei, chiar dacă copilul nu are vîrsta la care poate „înțelege" situația creată, el o „trăiește" afectiv, manifestînd teamă, dezorientare și un sentiment de devalorizare. Al doilea vine în momentul divorțului, cînd copilul trebuie să opteze pentru unul dintre părinți. Pe care să-l aleagă, cînd el simte nevoia de amîndoi? Uneori se întîmplă ca lipsa părintelui plecat să-l facă să sufere și mai mult, pentru că oricît de „rău" ar fi fost, în absența lui copilul tinde, fără voia lui, să-i adauge calități pe care nici nu le avea.



În familie este bine să existe frați și surori ai copilului, întrucît afecțiunea părinților va fi distribuită tuturor — nu riscă să-l sufoce pe unicul copil — și pe de altă parte pentru că nu se simte singur față în față cu părinții; are tovarăși de joacă, are cu cine să se compare și să se ia la întrecere.

Chiar dacă între fraţi iau naştere rivalităţi, acestea sînt compensate de cooperarea la joacă şi solidaritatea, evidentă mai ales în afara familiei. Atribuţiile fiecăruia în treburile casei şi în grupul de fraţi dezvoltă sociabilitatea şi simţul de responsabilitate colectivă. În schimb, copilul unic, înecat în prea multă dragoste, uneori strivit de ambiţiile părinţilor şi expus unei supravegheri exagerate — teama să nu păţească ceva — poate face din el un egoist, dependent, nesociabil, lipsit de iniţiativă şi, nu de puţine ori, un prost-crescut.

Dar în familia contemporană se întîlnesc frecvent şi unul sau mai mulţi bunici. Pe lîngă aportul lor la îngrijirea copilului, nu o dată subestimat pe nedrept, aceştia contribuie substanţial la dezvoltarea personalităţii copiilor, pe mai multe căi. Ei îi ajută pe părinţi să înlăture mai uşor micile neînţelegeri ce apar între ei, le temperează excesul de autoritate faţă de copil, iar prin poveştile şi amintirile lor lărgesc atît orizontul cunoştinţelor, cît şi gama de modele, de atitudini şi conduite oferite copilului. Toate acestea atîta vreme cît cooperează cu părinţii!

Bunicii pot, însă, face şi mult rău, atunci cînd se folosesc de afecţiunea pe care copilul le-o poartă şi de ascendentul moral faţă de părinţi, pentru a submina autoritatea acestora şi bunele relaţii dintre ei. Şi mai grav este că uneori încearcă să-l învrăjbească pe copil împotriva unuia dintre părinţi sau se străduie să-i înăbuşe trăsăturile asemănătoare familiei ginerelui sau norei.

Părinţii şi bunicii, fiecare cu particularităţile personalităţii, atitudinilor, mentalităţilor şi conduitelor lor, trăind sub acelaşi acoperiş, se influenţează unul pe celălalt. Felul de a fi şi de a se purta al fiecăruia, relaţiile dintre ei constituie principalele elemente care contribuie la caracterul climatului familial. Dacă el oferă căldura, siguranţa şi ocrotirea necesară, copilul se dezvoltă normal.

Relaţiile dintre părinţi sînt cele care imprimă caracterul dominant al acestui climat, ele avînd darul de a oferi copilului primul model de relaţii între oameni şi de a influenţa purtarea lor faţă de copil. Un medic englez sugera că armonia conjugală s-ar realiza cu ajutorul a 4 „c": consideraţie, comunicare, compromisuri şi cooperare, la care aş adăuga afecţiunea şi convergenţa intereselor, fără de care regula celor 4 „c" nu cred că poate fi aplicată practic.

Aşa cum am arătat, relaţiile dintre părinţi şi bunici pot şi ele contribui la edificarea unei atmosfere sănătoase în familie. Obişnuitele deosebiri de vederi dintre generaţii, să recunoaştem, sînt mai mult formale, decît de fond, şi uşor de depăşit cînd există dorinţa comună de a găsi calea cea dreaptă şi nu de a stabili „cine porunceşte"! Cred că tocmai diferenţele existente slujesc găsirii unor forme superioare de cooperare în interesul copilului.

Fapt este că perturbarea climatului familial este trăită de copil cu teamă şi nesiguranţă, iar lumea în care face primii săi paşi, lipsit de apărare, drept duşmănoasă. Există cercetări care au arătat că neînţelegerile grave dintre părinţi sporesc cu 10—15% riscul copilului de a prezenta tulburări psihomotorii sau de comportament — accese de furie, de violenţă, fugă de acasă, furt etc.

Mediul familial influenţează dezvoltarea personalităţii copilului pe două căi. Una, pasivă, constă din însuşirea automată de către copil a mentalităţilor, atitudinilor şi conduitelor părinţilor şi celorlalte persoane adulte din casă, dezvăluite cu prilejul evenimentelor şi situaţiilor ce se ivesc în viaţa de fiecare zi a familiei. Acumulate şi depozitate în subconştientul său, toate acestea contribuie la realizarea „celor 7 ani de acasă". A doua cale, spre deosebire de prima, devine posibilă de pe la aproximativ 5—6 ani, fiind reprezentată de însuşirea conştientă a ceea ce „vede" în familie şi a ceea ce părinţii se străduiesc să-l înveţe pentru a-şi construi o personalitate echilibrată şi puternică.

Coerenţa familiei, rezultat al armoniei, al unităţii de principii şi de vederi educative ale părinţilor, creează un climat familial sănătos, care asigură copilului căldură, exprimarea limpede a sentimentelor şi intenţiilor părinţilor, ocrotire şi sprijinul necesar pentru a deveni el însuşi, asemenea celor „mari". Dar, atitudinea adoptată faţă de copil depinde de acceptarea copilului aşa cum este el şi nu aşa cum ar fi vrut ei, părinţii, să fie! Acceptîndu-l, ei vor acţiona cu dragoste, se vor strădui să-i descopere particularităţile înnăscute, posibilităţile şi nevoile fiecăreia dintre vîrstele prin care va trece, pretinzîndu-i şi oferindu-i exact ce şi cum se cuvine.

Se pune însă întrebarea dacă este cu putinţă ca un părinte să nu-şi accepte propriul copil. Din păcate, da! Există unii care-şi privesc odrasla ca pe o prezenţă nedorită, obositoare şi care le impune privaţiuni. Cauza acestei atitudini poate fi însăşi structura personalităţii părintelui sau tipul de educaţie primit de el însuşi în copilărie; alteori poate fi rezultatul adversităţii dintre părinţi, care fac din copil „ţapul ispăşitor" — mama îl tratează ca pe fructul iubirii ei nefericite, tatăl îl respinge pentru că seamănă cu soţia nesuferită etc.; alteori copilul nu este acceptat fiindcă limitează libertatea părinţilor de a-şi „trăi viaţa". Oricare ar fi cauzele neacceptării, ea conduce la atitudini de indiferenţă, respingere, ostilitate şi, paradoxal, la supraprotecţie şi răsfăţ, faţă de copil. Or, lipsit de afecţiune, el nu se poate dezvolta normal. Se ştie, spre exemplu, că sugarul separat mai multă vreme de mamă, oricît de bine ar fi îngrijit,

face tulburări de respirație, urmate de scăderea oxigenului din sînge, cu perturbarea creșterii organismului — în primul rînd a creierului —, nu se mai alimentează etc. S-a constatat că acest tip de sensibilitate este însemnată pînă la 5 ani, fiind maximă înainte de 3 ani. Indiferența sau respingerea copilului lasă urme adînci, întrucît el trăiește sentimentul lipsei sale de valoare, pierzîndu-și tendința înnăscută de a deveni asemenea părintelui și valorilor morale și sociale pe care le întruchipează. Alteori, neîncrezător în puterile sale, copilul devine pasiv, dependent, și încearcă prin orice mijloace să cucerească dragostea părinților — el este revendicativ și adesea ostil lor, pentru că îi refuză afecțiunea. Uneori se refugiază în visare, iar dacă este supus și unui autoritarism absurd și brutal, poate rămîne toată viața incapabil să primească și să ofere dragoste, să se adapteze și să învingă dificultățile vieții, candidat la nevroză sau la îmbolnăviri psihice grave.

Atitudinea de supraprotecție care se întîlnește la unii părinți ce nu-și acceptă copilul poate lua naștere cu scopul de a-și dovedi că de fapt îl iubesc. Atitudinea aceasta se bazează pe ideea conform căreia copilul este o ființă slabă și neputincioasă. Cocolindu-l, împiedicîndu-l să-și încerce puterile luptînd cu micile lui probleme, el va fi cu adevărat slab și neputincios. Pe de altă parte, adorat și lingușit, satisfăcîndu-i orice dorințe și pretenții, nepotrivite vîrstei lui, el devine tiranul familiei, permanent nemulțumit, nesupus și protestatar. Așa va fi și ca adult, un „neisprăvit".

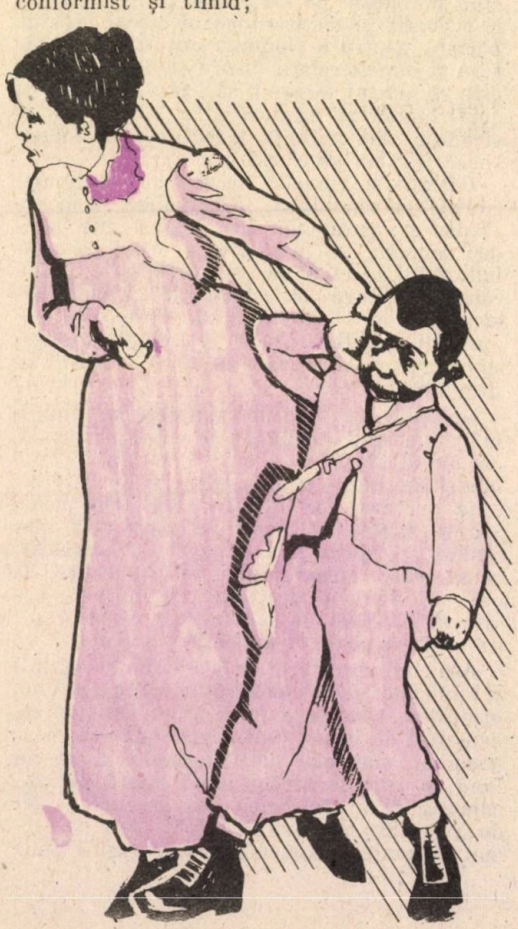
Un alt element deosebit de important pentru dezvoltarea personalității copilului este „figura" fiecăruia dintre părinți, care i se întipărește automat, în subconștient, în primii săi 4—5 ani de viață. Această figură rezultă din reflectarea persoanei — a mamei și a tatălui — prin intermediul trăirilor emoționale și afective pe care i le provoacă. Figura mamei, prima care se fixează, influențează hotărîtor dezvoltarea trăsăturilor afective și a vieții lui de relație de mai tîrziu. Absența mamei sau schimbarea frecventă a persoanelor care îi țin locul pot determina întîrzierea sau oprirea dezvoltării psihice normale, tocmai datorită sentimentului de privațiune de dragoste pe care îl provoacă. Pe la 2 ani se fixează și figura tatălui, ca un simbol al puterii și al autorității, al persoanei care face legătura universului familiei cu lumea din afara ei. Figura lui are darul de a-i stîmula dorința de a fi „ca tata", ceea ce înlesnește dezvoltarea forțelor active și a laturii socio-afective a personalității copilului, în devenire.

Aceste două figuri care, în fazele timpurii ale vieții, îi dau posibilitatea să intuiască Universul în care face primii pași, reprezintă pentru el adevărate puncte cardinale. Separat și amîndouă laolaltă ele sînt cele care orientează dezvoltarea individualității și sociabilității, a afectivității, inteligenței și voinței copilului. Concepția, destul de răspîndită, „mama cu dragostea, tata cu pedeapsa" este simplistă, fiind folosită ca o justificare a deficiențelor educative ale unor părinți. Nici afecțiunea nu exclude fermitatea și nici autoritatea nu exclude dragostea pentru copil! Important este ca părinții să acționeze paralel, la unison. Dezvoltarea unei personalități armonioase este condiționată de afecțiune și nu de sentimentalism, de autoritate și nu de autoritarism rigid, de consecvență și de claritatea exprimării intențiilor, de spiritul de dreptate și de egalitate față de copii.

Pentru a face mai ușor de înțeles consecințele posibile ale figurii părinților asupra viitoarei personalități a copilului, vom înfățișa, în continuare, cîteva tipuri reprezentative, extrase din lucrări de specialitate.

Tipuri de mame:

— *rigidă și controlatoare* — vrea și pretinde să știe tot, amestecîndu-se și influențînd dorințele și acțiunile copilului în totalitatea lor; copilul riscă să devină docil, conformist și timid;



— *protectoare, infantilă* — veşnic înspăimîntată să nu i se întîmple vreun rău copilului, nu-l lasă să înfrunte micile dificultăţi ce-i ies în cale, îl protejează exagerat, purtîndu-se cu el asemenea unui bebeluş, chiar după ce a devenit şcolar; împiedicat să zburde şi să se descurce singur, copilul va fi agitat, dezordonat şi agresiv, nu se dezvoltă şi tinde să rămînă temător, ros de îndoieli, cu obsesii şi cu fobii;

— *excesiv de ambiţioasă* — îi pretinde totdeauna mai mult decît poate, neţinînd seama de limitele impuse de vîrsta la care se află şi de calităţile lui înnăscute; în imposibilitatea de a satisface exigenţele mamei, copilul va fi mereu dezamăgit de rezultatele străduinţilor lui; considerîndu-se în cele din urmă incapabil, va renunţa să încerce să se achite măcar de obligaţiile sale de acasă, de la şcoală etc., maturizarea lui nemaifiind posibilă;

— *pedepsitoare* — aplică pedepse, mai ales fizice, pentru cele mai neînsemnate greşeli, firesti la vîrsta lui; deşteptînd copilului un spirit de revoltă, acesta va deveni mai neascultător, încăpăţînat şi agresiv, folosind minciuna pentru a scăpa de pedepse şi furînd ceea ce ştie că i se va refuza etc.;

— *denigratoare* — îi minimalizează cu dispreţ reuşitele, aptitudinile şi înclinaţiile, uneori cu intenţia de a-i stimula ambiţia; copilul va reacţiona prin revoltă cu agresivitate, indisciplină şi cu minciuni în care „înfloreşte" realitatea privitoare la el şi la faptele lui, cu scopul de a fi apreciat şi încurajat;

— *slabă şi indiferentă* — este nehotărîtă şi nesigură şi cînd îl îndrumă, şi cînd îl pedepseşte; oscilează mereu între „da" şi „nu"; se apreciază că în prezent aproximativ o treime dintre mame s-ar încadra în acest tip; dezorientat, copilul va fi neliniştit, neastîmpărat, uneori agresiv;

— *supraindulgentă* — îi tolerează orice, pornind de la mentalitatea „ce ştie el", „e prea mic şi nu înţelege"; nelăsat să acţioneze, rămîne incapabil să lupte şi să învingă greutăţile; lăsat de capul lui nu va reuşi să se supună regulilor vieţii şi societăţii, reacţionînd cu accese de furie la refuz şi interdicţii şi folosind mijloace imorale — minciună, înşelătorie, furt etc. — pentru a-şi satisface pretenţiile, devenind şi nesociabil;

— *părtinitoare* faţă de unul dintre copiii săi, va provoca revolta şi invidia celorlalţi, favorizînd duşmănii între fraţi şi alterîndu-le comportamentul şi faţă de ceilalţi copii de o seamă, de la şcoală, bunăoară.

Tipuri de taţi:

— *dominator* — conştient de forţa personalităţii sale, considerîndu-şi soţia şi copilul slabi, este deosebit de exigent, pretinde respect şi supunere pe măsură; copilul poate deveni timid, lipsit de iniţiativă şi de încredere în puterile sale, sau se va răzvrăti; dacă şi copilul se naşte cu trăsături asemănătoare tatălui său, dominator, se poate produce o ruptură între ei;

— *despotic* — personalitate slabă şi instabilă, se manifestă faţă de copil cu explozii de autoritate nelalocul lor, suficiente, deşi sporadice, pentru a-i contura copilului lipsa de valoare a figurii tatălui său; copilul poate deveni instabil, fricos şi inhibat; uneori, însă, poate suferi un dezechilibru psihic deosebit de grav;

— *prieten* — nu uzează de autoritatea de care dispune, cu scopul de a cîştiga stima copilului; cînd renunţă total la autoritate devine tipul de tată „bomboană"; lipsit de modelul de autoritate de care are nevoie, copilului i se înlesnesc nedumeriri şi confuzii;

— *demisionar* — lipseşte mult de acasă, chiar şi fără motive întemeiate, iar în puţinul timp petrecut acasă este permanent „ocupat" şi nu permite să fie deranjat; nu găseşte timp pentru îndrumarea şi supravegherea copilului; copilul devine recalcitrant, nesupus regulilor morale, familiale şi şcolare. Se pare, spun specialiştii, că acest tip de tată se întîlneşte tot mai des în ultima vreme.

Deşi tipurile înfăţişate nu reprezintă totalitatea celor întîlnite în viaţă, ele ilustrează cît de mari pot fi daunele aduse comportamentului copilului, dezvoltării şi trăsăturilor viitoarei sale personalităţi. Copiii cu astfel de părinţi sînt expuşi apariţiei — mai devreme sau mai tîrziu — nevrozei şi altor tulburări psihice. La aceste rele se adaugă însă şi posibilitatea ca modelul părintelui să fie urmat aidoma de copil atunci cînd va deveni, la rîndul lui, părinte. Alteori, intenţia de a-i feri pe proprii copii de ceea ce a suferit el, îl face să exagereze în sens opus modelului avut în copilăria sa. Or, exagerarea, oricare ar fi ea, este aducătoare de necazuri nebănuite.

În privința funcției educative a părinților, se spune că aceștia trebuie să dispună de o „conștiință educativă", care nu cere nici calități pedagogice înnăscute, și cu atît mai puțin, ca părintele să poarte permanent haină de dascăl. Conștiința educativă impune, înainte de toate, prezența fizică și morală a părintelui, „modelul", cere efortul bunei cunoașteri a copiilor proprii, de a le crea condiții optime dezvoltării, dorința și strădania de a găsi căile și mijloacele educative potrivite fiecăruia dintre ei, pentru ca să devină fiecare el însuși și capabil să se integreze normal în viață și societate. Toate cerințele enumerate sînt realizabile dacă există afecțiune pentru copii, dublată de cunoașterea lor. Cercetări efectuate pe adolescenți au dovedit că o treime dintre părinți nu-și cunoșteau odraslele și că din aceste familii proveneau adolescenții cu cele mai serioase deficiențe educative. Șansele de reușită ale educației părinților sînt mai însemnate atunci cînd intervențiile părintelui au un caracter spontan și nu „solemn", ca reacții firești la intențiile, acțiunile, întîmplările și situațiile copilului. În sfîrșit, în momentul în care educația activă, deliberată, devine prioritară — în perioada preșcolară, cînd copilul începe să-și însușească conștient norme de conduită — părintele poate și este bine să apeleze la sfaturile competente ale educatorilor de la grădiniță și ale învățătorului, care pot observa aspecte ale copilului, trecute neobservate de părinte.

Un instrument important al educației active, intențională, este autoritatea. Aceasta nu trebuie considerată ca un mijloc de supunere oarbă, de sugrumare a inițiativelor copilului prin intermediul fricii. Educația nu are nimic comun cu dresura animalelor! Autoritatea se sprijină pe prestigiul, încrederea și afecțiunea pe care copilul le acordă părintelui, respectiv cadrelor didactice de la școală. Or, acestea se cîștigă, în primul rînd, prin exemplul personal, dar și prin fermitate și consecvență, prin claritatea judecăților, atitudinilor și intervențiilor educative.

La vîrsta de 4—5 ani, cînd copilul dispune deja de forme simple de gîndire, el dă dovadă și de spirit de dreptate. El se arată dispus să accepte orice numai cu condiția să nu fie mințit sau înșelat și să i se explice motivele, atunci cînd i se refuză sau i se interzice ceva. Nu este mai puțin adevărat că, pentru stima și încrederea pe care el i-o acordă educatorului său, decisive nu sînt nici explicațiile și nici bunele intenții mărturisite. Tonul cu care i se adresează, dar mai ales sinceritatea și dreptatea ascunse în spatele celor spuse, totdeauna intuite cu ușurință de copil, sînt cu mult mai importante.

În privința păstrării cu consecvență a unei linii de conduită educativă, trebuie subliniat faptul că manifestările sporadice ale autorității, sub forma unor veritabile „crize de nervi", nu-i provoacă copilului decît spaimă și în nici un caz respect și ascultare. Constrîns în mod despotic, el se revoltă sau renunță să mai gîndească — de ce ar mai face-o dacă numai ideile părintelui sînt aprobate? —, să mai încerce inițiative personale, batjocorite și reprimate de fiecare dată. În asemenea condiții nu se poate vorbi de o îndrumare menită să îi dezvolte personalitatea, ci de sugrumarea ei din față, cale liberă instalării nevrozei sau altor tulburări mai grave ale echilibrului psihic.

În polul opus autorității tiranice se situează slăbiciunea. S-a arătat că eforturile părinților în vederea sprijinirii formării unei personalități armonioase trebuie să fie dominate de afecțiune. Există însă și cazuri în care dragostea este înlocuită de sentimentalism — un mod de a judeca tot ceea ce-l privește pe copil exclusiv prin prisma sentimentelor: „sărăcuțul, ce știe el?" — care atrage după sine renunțarea la autoritate și lipsa de claritate a atitudinilor părintelui. Ambele deficiențe provoacă dezorientarea copilului, nesiguranță și teamă, care se traduc prin atitudine de indiferență, de revoltă ori de evadare. Dacă slăbiciunea părintelui se datorește firii sale, copilul riscă să alunece pe o pantă nedorită, pentru că se simte în nesiguranță și neocrotit. Dacă, însă, părinții renunță la autoritate voit, protejîndu-l peste măsură și satisfăcîndu-i orice pretenții, ei îl împiedică cu bună știință să devină un om „întreg". „Dus de mînă", cocolit și răsfățat, el nu va fi fericit, în schimb va deveni cu siguranță egoist, capricios, revendicativ, veșnic nemulțumit, dezordonat și certat cu legile omeniei.

Strîns legată de problema autorității este și aceea a pedepselor care, aplicate atunci cînd este cazul și sub formă potrivită, joacă un rol important în dezvoltarea corectă și echilibrată a personalității. Pentru a nu exagera, părintele este obligat să judece greșeala prin prisma vîrstei pe care o are copilul și nu prin aceea de adult. Totodată abaterile lui nu trebuie apreciate doar sub aspectul moral, ci mai ales al cauzelor care le-au determinat. Să luăm ca exemplu minciuna. Copilul poate minți pentru a evita o pedeapsă, alteori pentru a obține ceva care de obicei i se refuză, alteori pentru a face rău unuia dintre frați sau altui copil. Judecate la suprafață, toate sînt condamnabile din punct de vedere moral. Cercetate atent, motivele care l-au determinat să apeleze la minciună pot dezvălui aspecte mult mai importante decît faptul că a mințit. De pildă, intenția de a-i face rău fratelui poate ascunde revolta lui împotriva plusului de afecțiune, de atenție și de bunăvoință pe care părinții i-o acordă aceluia, el simțin-

du-se neiubit și asuprit. În asemenea situație pedeapsa primită pe nedrept îi va accentua sentimentele care-l fac să sufere. Și, pentru a întregi imaginea, vom aminti de minciuna „poetică", rol al fanteziei în plină dezvoltare, dar al cărei conținut poate reflecta încercarea de a-și atribui calități pe care nu le are și care-l fac să sufere, sau intenția de a dobîndi aprecierea sa de către părinți, care nu-i încurajează eforturile și îi minimalizează reușitele, ori dorința de a cuceri stima copiilor sau a unui adult, asemenea căruia vrea să devină. Într-o astfel de situație, batjocorindu-l pentru minciuna lui „gogonată", mai ales în prezența altora, el va fi rănit pe nedrept. Dacă se repetă sancțiuni ca cea menționată poate fi frîntă însăși dezvoltarea gîndirii și căutărilor sale de a se defini.

Prin urmare, pedeapsa este o armă cu două tăișuri, care se cere mînuită cu atenție și cu îndemînare. Pedepsele brutale, nedrepte, nu servesc nevoilor și intereselor vîrstei sale. Ele împiedică dezvoltarea încrederii în posibilitățile lui, întîrzie evoluția personalității, pe care o poate denatura, dînd naștere la personalități dizarmonice, sau poate favoriza instalarea nevrozei.

La încheierea expunerii trebuie subliniat încă o dată faptul că mediul și climatul familial, afecțiunea și atitudinile manifestate de părinți față de el, strădaniile lor de a-l educa acționează asupra unor trăsături înnăscute ale copilului. Din acest motiv se insistă asupra obligației părinților de a-și cunoaște fiecare copil, de a-i accepta așa cum sînt și de a alege căile și mijloacele potrivite în vederea educării și dezvoltării unei personalități echilibrate și puternice. Aceleași sînt și cauzele pentru care atitudini și metode educative identice pot avea consecințe diferite, atunci cînd sînt aplicate unor copii diferiți.

La frizer

— Tinere, ai mîinile murdare!

— Aveți dreptate... azi n-am făcut nici o frecție!

La restaurant

Un chelner, chemat de un client, se ridică greu de pe scaun. Clientul îl întreabă:

— Ai lumbago, tinere?

— Nu știu, dar merg la bucătărie să văd dacă mai are!

Într-un magazin

Clientul: — Acesta e fildeș? Exclus! E o imitație!

Vînzătorul: — Probabil că elefantul a avut dinți falși!

În tren

Un cetățean intră în compartiment, unde se aflau o doamnă cu fiica ei. Aceasta, dorind să călătorească mai în voie, îi spuse, cu un glas acru:

— Vă previn, domnule! Eu am tuse convulsivă, iar fiica mea are oreion...

— N-are nici o importanță, doamnă, și eu sînt în convalescență după o scarlatină foarte gravă...

Între prieteni

— Unde ți-ai petrecut vacanța?

— La Baden-Baden!

— De ce repeți? Am înțeles de la început, că nu sînt surd!

La doctor

— N-am decît o teamă, domnule doctor. După ce voi muri, să nu fiu îngropat de viu!

La maternitate

Viitorul tată este foarte agitat și se plimbă de colo-colo, în sala de așteptare. Cînd apare sora, aceasta îi spune:

— Dudule, sînt teribil de speriat!...

— Nu aveți nici un motiv! Încă nu a murit nici un tată de pe urma nașterii...

Pe stradă

Un medic se plimbă cu un prieten. La un moment dat, medicul salută o doamnă care trecea pe lîngă ei. Aceasta își însoți răspunsul la salut cu o strîmbătură.

Prietenul, observînd gestul acestela, îl întreabă:

— Cine este această doamnă?

— Soția unui pacient pe care l-am îngrijit de curînd și pe care l-am vindecat.

La psihiatru

— Soţul meu se crede avion, domnule doctor!

— Spune-i să vină mîine la mine, la policlinică.

— Dar aveţi pistă de aterizare?

Dialog

Un tînăr medic declara unui prieten:

— M-am lăsat de medicină, pentru a mă face scriitor. Cred că în felul acesta am să aduc mai mare folos oamenilor.

— Păi, le-ai adus destul, renunţînd la practicarea medicinii!

Culese şi prelucrate de: *PIA HAŢEGANU*
Membră a Cenaclului literar „Lucian Blaga"

Problemele psihologice ale copiilor cu spitalizare prelungită

Spitalizarea reprezintă un factor stresant cu semnificaţie majoră în viaţa omului, iar stresul, odată apărut, este mai accentuat în cazul afecţiunilor cronice, în care este necesară o spitalizare prelungită.

Observaţiile clinice şi studiile psihologice concomitente au pus în evidenţă faptul că la copii, caracterul psihotraumatizant al spitalizării este, de cele mai multe ori, mai puternic decît la adulţi, datorită fragilităţii psihice a copiilor, a căror personalitate nu este încă pe deplin formată. Factorii stresanţi pe care îi implică situaţia de spitalizare a copilului cu afecţiuni cronice îmbracă mai mute aspecte.

Astfel, separarea de familie (instituţia care-i oferă copilului un climat protector), cît şi necesitatea adaptării la un nou mediu, în care copilul încetează de a mai fi o figură centrală, reprezintă un factor psihotraumatizant cu semnificaţie majoră.

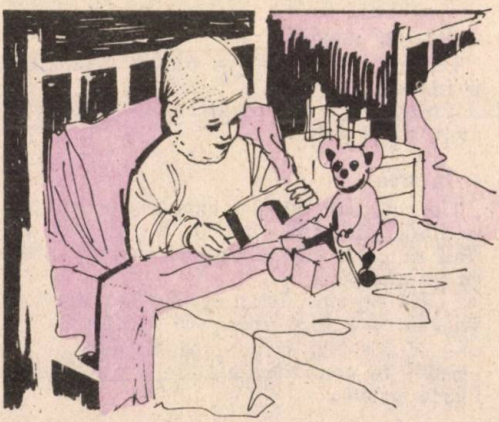
Procedurile medicale (de investigaţie şi tratament) sînt de cele mai multe ori stresante pentru copil, atît datorită faptului că unele dintre ele sînt dureroase, cît şi pentru că micul pacient se află într-o situaţie de incertitudine, fiind obiectul unor investigaţii sau proceduri al căror scop şi caracter traumatizant nu-l cunoaşte în suficientă măsură.

De asemenea, monotonia vieţii de spital şi lipsa unor activităţi atrăgătoare au o influenţă negativă asupra psihicului copilului spitalizat.

La copiii mari, un factor stresant de mare însemnătate este conştientizarea bolii, a consecinţelor ei negative şi, în unele cazuri, a posibilităţii de evoluţie nefavorabilă a acesteia.

Întreruperea activităţii şcolare, adesea pe perioade lungi, fără a se întrevedea exact posibilitatea continuării studiilor, accentuează stresul de spitalizare al copilului de vîrstă şcolară.

La acestea se adaugă şi dificultăţile de realizare, în cadrul spitalului, a unor contacte interpersonale stabile (a unor grupuri de joc sau discuţii, a unor prietenii durabile), dificultăţi ivite din faptul că, adesea, copiii internaţi sînt de vîrste diferite, iar durata spitalizării diferă de la caz la caz.



Complexitatea, amploarea și forma reacțiilor copiilor la instituirea spitalizării depinde, în primul rînd, de vîrsta lor. Astfel, se observă, în general, la copiii mai mici, reacții mai violente, cu o exteriorizare mai evidentă, dar cu o durată mai scurtă; la copiii mai mari reacțiile sînt mai controlate, dar au de multe ori implicații mai profunde și mai durabile asupra psihicului lor.

Nivelul dezvoltării intelectuale și mediul cultural din care provine copilul vor influența, la rîndul lor, modul în care el se va comporta în condițiile spitalizării. Este de presupus că un copil inteligent, cu un nivel educativ mai ridicat, va avea o atitudine mai adecvată, conciliantă, mai plină de înțelegere, decît un copil cu nivel intelectual mai scăzut, acesta din urmă manifestîndu-se mai violent și mai necontrolat.

Și gradul de conștientizare a bolii, a prognosticului și evoluției sale, determină, mai ales la copilul mare, modalitatea sa de reacție la stresul de spitalizare. O afecțiune gravă sau invalidantă va provoca cel mai adesea reacții mai ample, de tip depresiv sau anxios.

Comportamentul copilului va depinde și de existența în antecedentele sale a unor internări. Astfel, este posibil ca experiențele anterioare negative să-i amplifice reactivitatea, după cum, în alte cazuri, internările repetate determină o adaptare mai ușoară la condițiile din spital.

Atitudinea greșită adoptată față de copil în cadrul familiei (hiperprotecție, neglijare, violență, constrîngere) sau atitudinea educativă corectă influențează și ele modul în care copilul va reacționa atunci cînd se impune internarea sa în spital. Astfel, copiii hiperprotejați vor avea reacții mult mai ample și mai puțin adecvate decît copiii crescuți într-un regim educațional normal.

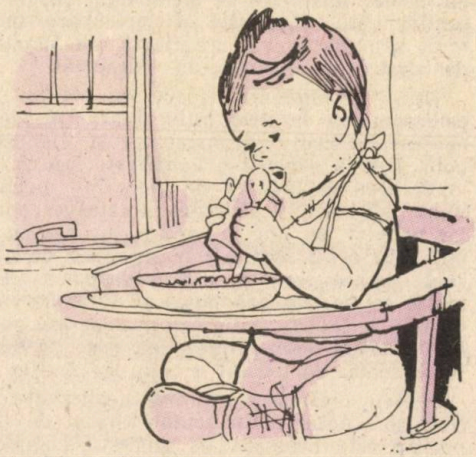
Structura psiho-afectivă și de personalitate a copilului își pune, la rîndul ei, amprenta asupra reactivității la stres a acestuia. Este de la sine înțeles că un copil echilibrat, cu tonus psihic pozitiv, va suporta mai ușor spitalizarea, decît un copil anxios sau depresiv.

Sistematizînd reacțiile copiilor la stresul spitalizării, ele se pot defini astfel:

— *reacții anxioase cu caracter deschis*, cu manifestări adesea violente (plîns, strigăte, tendință de fugă din spital etc.);

— *reacții anxioase mascate* (mai ales la copiii mai mari și cu un nivel intelectual mai ridicat), însoțite adesea de fenomene de somatizare, producătoare de simptome fără legătură directă cu afecțiunea pentru care a fost spitalizat copilul (acuză dureri „închipuite" de cap, abdominale, cardiace etc.);

— *instabilitate psihomotorie* (agitație, neastîmpăr), cu trecerea rapidă și repetată de la o activitate la alta, fără a duce vreuna la bun sfîrșit;



— *stări depresive* (tristețe, apatie), însoțite de scăderea interesului pentru propria-i persoană și pentru activități pe care altădată le aprecia (jocuri, muzică, sport);

— *reacții de tip agresiv* (furie, mînie etc.), prezente mai ales la copiii mai mici, provenind, de regulă, dintr-un mediu cu nivel socio-cultural mai scăzut sau din familii în care metodele folosite în educarea copilului sînt greșite;

— *reacții regresive*, care impun copilului o conduită care-l situează sub vîrsta sa reală, comportîndu-se, de regulă, ca un copil mult mai mic și solicitînd în acest fel protecția adulților;

— *reacții de tip negativist*, în care copilul refuză să coopereze și să comunice cu personalul medical (uneori și cu ceilalți copii), nu răspunde la întrebări, nu reacționează la comenzi, adoptînd un comportament caracterizat prin pasivitate și închidere în sine;

— *reacții adecvate*, de tip constructiv, care se caracterizează prin prezența unui tonus psihic pozitiv, prin atitudini de luptă

cu boala, încredere în personalul medico-sanitar care-l îngrijește și participare, mai mult sau mai puțin conștientă (în funcție de vîrsta pacientului), la tratament.

Tipul și amploarea reacțiilor psihice și psihosomatice la stres influențează, în mod evident, efectul tratamentului și evoluția bolii. Deși a devenit o banalitate faptul că vindecarea depinde și de „moralul" bolnavului, cei chemați să redea sănătatea copiilor bolnavi fac uneori prea puțin pentru a influența acest factor prin mijloace de natură psihologică și psihopedagogică. De multe ori se tratează boala și nu bolnavul, uitîndu-se faptul că fiecare pacient are particularitățile sale psihice, de care trebuie ținut seama în cursul actului terapeutic.

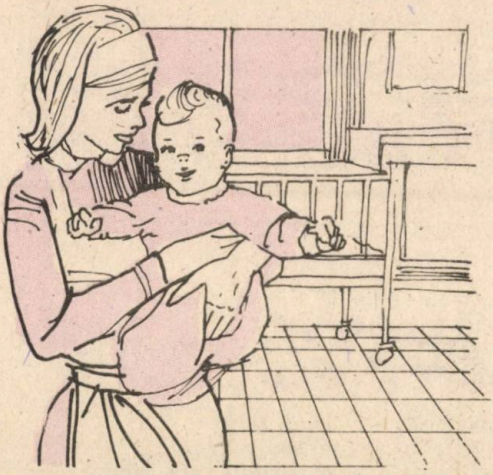
Pentru a diminua reacțiile neadecvate la stres și a potența un comportament de tip pozitiv este necesară în procesul complex terapeutic și colaborarea părinților micului pacient. Aceștia trebuie să evite atitudinile hiperprotectoare, de răsfăț, care determină din partea copilului refugiul în boală, conduite regresive și abandonarea luptei. Neglijarea copilului sau părăsirea lui în spital de către familie îl face să se simtă abandonat, situații în care unele reacții depresive sau depresiv-anxioase nu întîrzie să apară. De asemenea, părinții trebuie să evite ca îngrijorarea și anxietatea crescută să fie percepută de copil (mai ales cînd este vorba de afecțiuni grave ale acestuia), deoarece se știe că acesta preia, prin contagiune afectivă, anxietatea părintelui, adăugînd-o propriei anxietăți, și așa destul de ridicată. Cea mai potrivită atitudine părintească pentru a stimula apariția unui comportament adecvat din partea copilului este cea calmă, echilibrată, încurajatoare, plină de optimism, în care să se facă simțită căldura afectivă și grija față de el. Este de dorit ca atît părinții, cît și personalul medical să-i facă copilului diverse recomandări referitoare la boala sa și să-i dea sugestii cu caracter încurajator*. Aceste recomandări și sugestii trebuie să se refere la evoluția pozitivă a bolii, la stimularea capacității de luptă a organismului, la efectele pozitive ale spitalizării și tratamentului, la posibilitățile de încadrare viitoare a copilului în activitatea școlară etc.

Este util ca personalul medical să procedeze în așa fel încît copilul să se transforme din „obiect" în „participant activ" la propriul tratament. Aceasta se poate realiza mai ales la copilul mai mare, explicîndu-i necesitatea diferitelor procedee de investigație și tratament, subliniind proprietățile curative deosebite ale unor medicamente, furnizînd permanent copilului informații (chiar ușor deformate în sens pozitiv) asupra evoluției bolii și asupra progreselor pe care acesta le face, pe drumul spre ameliorare sau vindecare. E de prisos să mai spunem că atitudinea personalului medical trebuie să fie, de asemenea, apropiată, caldă, încurajatoare, plină de optimism.

Modalitatea cea mai eficientă de luptă împotriva stresului spitalizării prelungite o reprezintă psihoterapia. Aici rolul cel mai important revine medicului sau psihologului clinician, specializat în psihoterapie. Diversitatea formelor acesteia face posibilă adaptarea tehnicii psihoterapeutice la vîrsta subiecților, la structura personalității acestora, cît și la tipul de afecțiune de care suferă.

Pentru copiii mici se pot utiliza cu succes mai ales tratamente psihoterapeutice

* Deosebirea dintre recomandare și sugestie are în vedere faptul că prima are un caracter rațional, adresîndu-se sferei cognitive, în timp ce a doua se adresează. în primul rînd sferei afective, sugestiile fiind acceptate de subiect în mod necritic, uneori în ciuda evidenței, fără necesitatea unei argumentări logice. Sugestiile sînt deosebit de eficiente pe fondul de sugestibilitate mai ridicat la copil decît la adult și accentuat de starea de incertitudine și insecuritate afectivă pe care o dă situația de spitalizare.



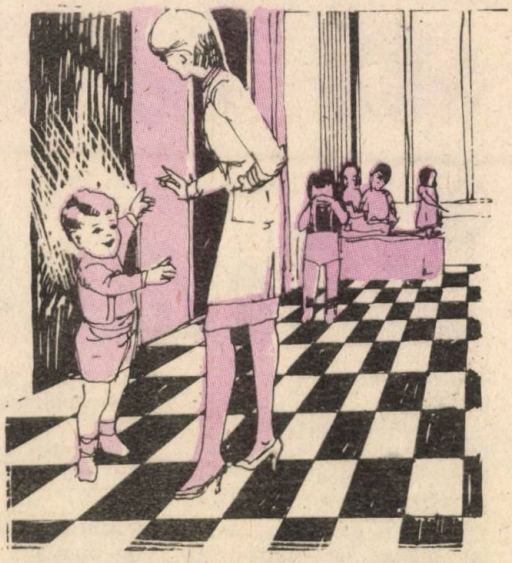
realizate prin joc, fără a exclude şi posibilitatea utilizării, chiar la această vîrstă, a unor forme mai complexe de psihoterapie. La copiii mai mari şi la adolescenţi pot fi utilizate practic .toate formele cunoscute de psihoterapie (individuală şi de grup), dintre care menţionăm doar cîteva: artterapia (terapia prin muzică), psihoterapia de relaxare, psihoterapia sugestivă, hipnoterapia, psihoterapia raţională, terapia psihanalitică şi psihoterapia comportamentală.

În unele cazuri este utilă combinarea mai multor forme de psihoterapie, în funcţie de tipul de situaţie care trebuie rezolvată şi de specializarea psihoterapeutului.

Obiectivele psihoterapiei la copilul cu spitalizare prelungită trebuie să vizeze în primul rînd creşterea încrederii în sine a pacientului, reducerea anxietăţilor şi conflictelor interioare, stimularea capacităţii de luptă a organismului împotriva bolii şi activarea unor disponibilităţi şi resurse adaptative latente, care să mobilizeze copilul în direcţia ameliorării sau vindecării bolii sale. În anumite situaţii sînt necesare chiar acţiuni psihoterapeutice cu părinţii copilului bolnav, ameliorarea stării psihice a acestora reflectîndu-se, nemijlocit, asupra psihicului bolnavului.

În paralel cu psihoterapia este utilă şi organizarea, în cadrul spitalului, a unor activităţi cu caracter recreativ şi cultural-educativ, preocupări care să ducă la „umanizarea spitalului", la crearea unui climat psihologic pozitiv, prin intermediul căruia să se abată atenţia copilului de la starea de boală şi să se activeze interesele acestuia pentru joc şi cunoaştere.

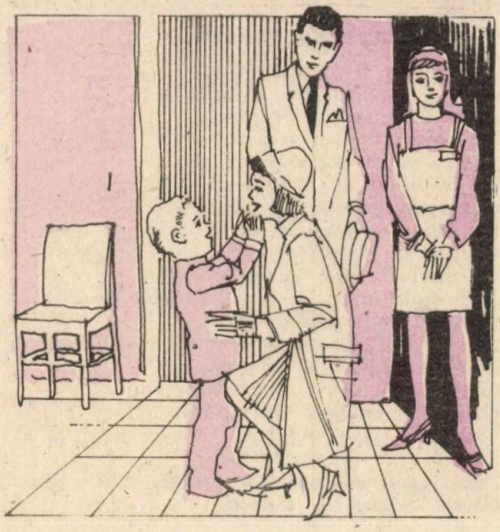
Este indicată astfel, acolo unde condiţiile o permit, continuarea şcolarizării pe perioada internării, programul fiind însă



adaptat capacităţii de efort de care dispune copilul bolnav. Efecte pozitive au şi acţiunile cultural-educative, cum ar fi vizionarea de filme, diapozitive sau emisiuni Tv, organizarea unor grupuri de lectură, desen, modelaj, lucru manual sau jocuri distractive.

Întregul personal medico-sanitar trebuie să-şi aducă contribuţia în procesul de „umanizare" a spitalului de copii, în realizarea unui climat mai destins, mai puţin stresant, care să-i favorizeze copilului bolnav o stare psihică pozitivă.

IRINA HOLDEVICI
Doctor în ştiinţe psihologice
Spitalul „Dr. Gh. Marinescu"



Primăvara

Îmi dau ocol
cocori;
— e nuntă-n cer,
cu datini
născute de senin;
pe cîmp răsare brumă
verzind a reînviere,
iar pîlcuri de copite
răzbat
ca o chemare
de dincolo de neguri,
din vechi dar neapuse
ci veşnic treze
vise.
Lung stol de gîze albastre,
de gîze roşii,
albe
pogoară cu lumină
de zîmbet
printre noi;
cocori presimt sub glie
azurul, înălţîndu-l
cînd lutul
e mai reavăn
şi timpul este sfînt.
Îmi dau ocol
cocorii
şi nu ştiu ce chemare
de dincolo de neguri
pogoară
cu lumină de cîntec
peste plai.

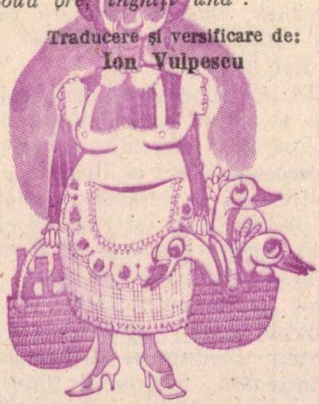
Irina-Roxana Prăjescu

O reţetă dificilă

de Tristan Bernard

Un medic londonez, odată,
Avea-n serviciul lui o fată
(O rudă-adusă de la ţară,
Să-i facă munca mai uşoară).
Şi, ca să se descurce-n lume,
El o punea să ia anume
Contactul cu alte persoane,
Ducîndu-le comisioane.
Căci avea clientelă grasă,
Cu mulţi bolnavi opriţi în casă,
Dar mai avea — ne-mbolnăvită —
Medicul nostru şi-o iubită,
Care, fiind gurmandă tare,
Prefera lucruri de mîncare.
Şi iată că, într-o dimineaţă,
Cumpără medicul din piaţă
Vreo şase gîşte îndopate,
Le puse într-un coş pe toate,
Făcu apoi, cu-extras de mentă,
Caşete pentru o clientă,
Şi, aranjînd două colete,
Le încredinţă acelei fete,
Cu două-adrese separate,
La care trebuiau predate.
Pe drum, la ţintă ca s-ajungă,
Fata făcu o cale lungă.
Şi despre străzi cerînd relaţii,
Uită complet de indicaţii.
Aşa că, neavînd scăpare,
Ea predă totul la-ntîmplare.
Şi astfel, pentru prima oară,
Coletele se inversară,
La iubită ajungînd mentă,
Iar gîştele la pacientă.
Şi vă închipuiţi stupoarea,
Cînd citi ea recomandarea:
„Le iei neapărat întruna,
La două ore, înghiţi una".

Traducere şi versificare de:
Ion Vulpescu



DIRECTE în DIRECTE și

— La om muncitor, somn odihnitor!

— Dovada dragostei pentru aleasa inimii lui? Electrocardiograma!

— Fără vigoare n-ai adversar; fără adversar viguros degeaba ai vigoare!

— Cel înarmat cu răbdare te dezarmează!

— Distrat, medicul s-a adresat florăresei: — „Ultraviolete aveţi?"

— Norul nu stă prea mult înaintea soarelui!

— Stomacul crede despre gură că numai pentru el există!

— Într-o casă primitoare scaunele nu sînt pentru gazde!

— Ce se dă cu picătura nu se bea cu litrul!

— Nu poţi admira orizontul la orizontală!

— Printre zece harnici leneşul profită; printre zece leneşi harnicul pierde!

— Ce se pune la inimă, mintea nu ştie!

— Modestia aparţine numai aceluia care are dreptul să se laude şi nu o face!

— Despre tăcut se vorbeşte din auzite!

— Cînd profitorul nu mai poate mulge, smulge!

— Pentru leneş, munca zilnică este silnică!

— Harnicii sînt utili şi cînd se odihnesc!

— Nu culcuşul moale face omul tare!

— Cu capu-n jos, lucrurile le vezi pe dos!

— Cine judecă la rece este înconjurat cu căldură!

Aristotel Pîrvulescu

de pretutindeni

COMPUTER

Specialiştii sovietici au pus la punct un sistem informaţional, dotat cu o maşină electronică de calcul, care deţine în memorie formulele medicamentelor cunoscute. Noile medicamente sînt comparate de computer cu cele existente şi clasificate din punctul de vedere al avantajelor şi dezavantajelor faţă de alte formule asemănătoare, indicîndu-se cercetătorilor direcţiile de cercetări care prezintă perspective pentru obţinerea de noi medicamente, ca şi direcţiile cercetărilor inutile. Oamenii de ştiinţă consideră că, în viitor, computerul va putea recomanda, în funcţie de boală, tratamentele ce vor trebui urmate.

METODĂ FATALĂ

În timp ce cobora scara avionului, care tocmai îl transportase din Columbia la Miami, Florida, Victor Benjamin, de 29 de ani, s-a prăbuşit, pierzîndu-şi cunoştinţa. Dus de urgenţă la spital, s-a constatat că în stomacul lui se aflau... 110 balonaşe de cauciuc pline cu cocaină — un total de 250 de grame de

drog. În ciuda ajutorului medical acordat, traficantul n-a mai putut fi salvat. Medicii au declarat că metoda folosită de tînărul traficant american este mortală. Cauciucul — au explicat ei — este permeabil la lichide şi baloanele ajunse în tubul digestiv absorb apă, drogul pus astfel în libertate devenind letal.

LONGEVITATE

Doctoriţa britanică Diana Weadruff a întreprins o serie de teste privind longevitatea. Principalii factori care au fost analizaţi sînt: antecedentele familiale (vîrsta părinţilor, cazurile de boală fatală în familie), consumul de alcool şi tutun, greutatea corporală, profesiunea, practicarea exerciţiilor fizice şi starea somnului. Ce a rezultat din aceste studii? Fumatul excesiv, băutul fără măsură, abuzul de hrană, sedentarismul intră în categoria deprinderilor celor mai susceptibile de a scurta viaţa. Aşa că un comportament chibzuit, relaţii armonioase în familie, obişnuinţa mersului pe jos sau practicarea unui sport sînt în măsură să asigure o viaţă mai lungă.

„CREMA MAGICĂ"

Este numele unei noi creme, folosită ca anestezic local, care învinge teama sau traumele provocate de trica... injecţiilor. Ea a fost realizată de dr. Dermot Mc Cafferty şi dr. David Wpolison, de la Universitatea din Belfast, şi se aplică pe piele ca orice cremă rece, în zona unde urmează a fi făcută injecţia. La 30 de minute de la aplicare, pielea este anesteziată pentru cel puţin 6 ore. Acul seringii poate fi suportat astfel chiar şi de copii. Crema nu are nici un efect secundar.

ROBOT

Un profesor de la Facultatea de Medicină din Tokio a pus la punct un bolnav-robot, capabil să simuleze simptomele cîtorva zeci de maladii. În „anatomia" robotului, destinat în principal studenţilor în medicină, se află montaţi numeroşi emiţători, transformatori, scheme integrate şi microprocesoare care pot produce, la comandă, temperatura, presiunea arterială etc. Studenţii trebuie să supună robotul unor analize diverse pentru ca, în final, să stabilească diagnosticul.

„TORŢA"

Un caz fără precedent, după părerea medicilor locali, a avut loc în Atalanta, Georgia (S.U.A.). În urma căldurilor excesive, la un spital din localitate au fost transportate diverse victime în stare gravă. Una din ele, Willie Jones, în vîrstă de 51 de ani, a fost găsit fără cunoştinţă în apartamentul său, unde era o temperatură de 37°C. Corpul în schimb atinsese o temperatură de 47,3 grade. Este un caz unic de supravieţuire la această temperatură, iar medicii spitalului afirmă că nu-şi pot explica fenomenul. Jones, care a fost numit de personalul spitalului „torţa umană", avea ficatul şi coardele vocale afectate, dar temperatura excesivă nu i-a afectat şi funcţiile cerebrale.

OPERAŢIE

O operaţie fără precedent în lumea medicală, care a durat peste 30 de ore, s-a efectuat cu ajutorul microscopului. La sfîrşitul ei, echipa de chirurgi de la Universitatea „John-Hopkins" din Baltimore, Maryland (S.U.A.), înlocuise unui pacient 150 mm din osul atacat de cancer, al pulpei drepte, cu ţesut sănătos, recoltat din partea de jos a piciorului acestuia. Pentru reconectarea vaselor de sînge, medicii au folosit fire de nailon mai subţiri decît firul de păr. Eroul acestei neobişnuite intervenţii medicale — încheiate cu deosebit succes — a fost micuţul Timothy Jones, în vîrstă de numai 11 ani.

DĂDACĂ ELECTRONICĂ

Un cercetător britanic a recurs la electronică pentru... a putea dormi. Cum fiica sa, în vîrstă de trei săptămîni, avea obiceiul să plîngă toată noaptea, grijuliul tată a construit o „dădacă electronică". Pusă în acţiune de ţipetele bebeluşului, ea îl leagănă şi-i cîntă, imitînd glasul mamei sau al tatălui. Acelaşi inventator, gîndindu-se prevăzător la ce va urma, a pus la punct şi un ordinator care să-i distreze pe copii cu poveşti.

BISTURIU

O echipă de cercetători de la spitalul universitar din Maryland, S.U.A., a pus la punct un bisturiu cu microunde, care limitează sîngerările în timpul intervenţiilor chirurgicale. Noul instrument, de tipul unui bisturiu obişnuit, utilizează microunde pentru a produce căldură, ceea ce permite cauterizarea vaselor de sînge de-a lungul inciziei, a precizat inventatorul său, Leonard Taylor, profesor la Universitatea din Maryland.

IRADIERE

Un procedeu care reduce substanţial timpul de iradiere a pacientului supus unui examen radiologic a fost pus la punct de o echipă de medici radiologi de la Universitatea din Toronto. Procedeul se bazează pe utilizarea combinată a ecranului clasic şi a plăcilor fotografice, timpul de iradiere fiind redus la numai două miimi de secundă.

Grupaj realizat de: MIHAI BURDUJA
şi AVRAM D. TUDOSIE

DAVID

O, David, te admir de mult, albă sculptură
ce treci prin veacuri — și chipeș, fără să lași zgură,
întregii omeniri arăți, cum poate să întrunească
grația și frumusețea, puterea-ți bărbătească.

Mai știu prea bine, David, că cel ce te-a creat,
divin artist, el și poet, iubirea în versuri a cîntat
și, dăltuindu-te pe tine, atît de tînăr și voinic,
o dragoste și mult har, ca ideal, el ți-a împietrit.

'Nălțînd privirea către tine, visul pe loc mi-e sugrumat,
căci nudul tău emană un infinit misterios și suspendat,
din care năvălesc în forme și tot atît de bine, în grai,
idei măreț, voluptate, transmise lumii, în al ei trai.

Gabriela Tănase

Pe lîngă bolile determinate genetic, așa cum ar fi erorile înnăscute de metabolism, și pe lîngă bolile determinate de factorii de mediu, așa cum ar fi traumatismele, există o serie întreagă de boli în care factorii de mediu se împletesc cu factorii genetici, așa cum se întîmplă de fapt în majoritatea bolilor cu care sîntem confruntați. Și de multe ori factorii de mediu, care produc aceste boli, nu sînt niște factori evident patogeni, așa cum ar fi microbii, virusurile, substanțele toxice sau radiațiile ionizante, ci niște factori relativ obișnuiți, pe care noi i-am considerat — și uneori continuăm să-i mai considerăm încă și astăzi — ca fiind niște factori inofensivi. Cercetările medicale din ultimele decenii au arătat, însă, că majoritatea bolilor cu care sîntem confruntați sînt, de fapt, tocmai rezultatul acțiunii acestor factori relativ obișnuiți care, deoarece nu sînt evident patogeni, deoarece uneori produc iar alteori nu produc boala, au fost mult mai bine denumiți ca *factori de risc*. Și factorii de risc sînt foarte răspîndiți. Ei pot fi reprezentați de niște modificări biochimice, așa cum ar fi creșterea colesterolului sanguin, de niște tipuri particulare de personalitate, așa cum ar fi tipul coronarianului, de niște obiceiuri, așa cum ar fi comportamentul alimentar abuziv, consumul crescut de sare, consumul de cafea, consumul de alcool, fumatul și sedentarismul, obiceiuri care constituie, în cele din urmă, stilul de viață al individului respectiv.

Și cercetările epidemiologice din ultimele decenii au arătat că tocmai acești factori pe care îi considerăm de obicei inofensivi și care tocmai de aceea intră uneori în stilul

nostru de viaţă se află, de fapt, la baza celor mai frecvente şi mai grave îmbolnăviri cardiovasculare, digestive, metabolice, psihice şi chiar la baza cancerului. Aşa, spre exemplu, ateroscleroza, ale cărei complicaţii reprezentate de infarctul miocardic şi de accidentele vasculare cerebrale reprezintă cele mai frecvente cauze de deces, apare mult mai frecvent la cei are au un comportament alimentar necorespunzător, care consumă alcool, care fumează, care nu fac suficientă mişcare fizică etc.

Comportamentul alimentar necorespunzător poate fi reprezentat de un aport caloric excesiv, de un aport excesiv de lipide saturate, de un aport crescut de glucide rafinate, de un aport scăzut de fibre vegetale, sau chiar de un comportament abuziv, care poate să constea din mese foarte abundente, aşa cum ar fi hiperfagia de seară, sau dintr-un consum alimentar între mesele principale, sub formă de gustări, de dulciuri, de sucuri sau de fructe. Şi toate aceste abateri de la necesităţile fiziologice ale organismului pot duce, cu timpul, la apariţia unor tulburări metabolice, care pot să contribuie, alături de alţi factori, nu numai la apariţia aterosclerozei, ci şi la apariţia obezităţii, a hipertensiunii arteriale, a diabetului ş.a.

Consumul de alcool, care poate merge pînă la o tulburare cronică de comportament, reprezentată de ingestia repetată şi excesivă de alcool, poate avea şi el influenţe negative asupra sănătăţii. Şi pe lîngă influenţele lui asupra ficatului, asupra stomacului şi asupra inimii, el influenţează şi sistemul nervos, ducînd la o deteriorare neuropsihică a individului, cum se întîmplă în alcoolismul cronic.

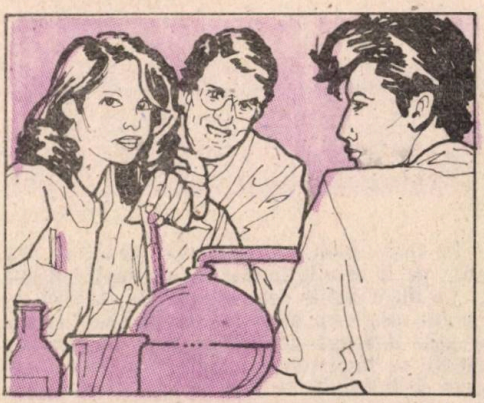
Fumatul este una dintre cele mai puţin gratuite şi mai nocive obişnuinţe, care s-a extins foarte mult. În lume se produc anual peste 6 mii de miliarde de ţigări şi se estimează că peste 50% din populaţia adultă din Europa fumează, deşi s-a arătat că tutunul şi fumul, care rezultă din arderea lui, conţin peste 1 200 de substanţe, din care unele, cum ar fi nicotina, oxidul de carbon şi hidrocarburile aromate sînt extrem de nocive, unele dintre ele, aşa cum se întîmplă în cazul benzopirenului, fiind chiar cancerigene. De aceea nu este de mirare că frecvenţa cancerului pulmonar este de 30 de ori mai mare, frecvenţa bronşitei cronice de 18 ori mai mare, iar a cardiopatiei ischemice de 2 ori mai mare la fumători, decît la nefumători.

Datorită faptului că activitatea fizică face parte sau ar trebui să facă parte integrantă din viaţa de fiecare zi a omului, sedentarismul are şi el efecte nefavorabile asupra organismului. În primul rînd pentru că reducerea efortului fizic pozitivează balanţa energetică, favorizînd depunerea lipidelor în adipocit, ducînd astfel la apariţia obezităţii, iar obezitatea poate reprezenta, la rîndul ei, un factor de risc pentru alte boli, cum ar fi ateroscleroza, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat şi poliartrozele.

Şi factorii de risc au ajuns să facă de multe ori parte din stilul nostru de viaţă, mai întîi pentru că unii dintre ei, cum ar fi sarea sau grăsimile animale, nu pot fi complet evitate, ei devenind riscanţi doar atunci cînd se depăşesc anumite limite. Apoi pentru că unii dintre ei, aşa cum ar fi alcoolul şi cafeaua, reuşesc să producă o anumită plăcere, o anumită stare de bine, chiar dacă este foarte relativă şi trecătoare. De asemenea pentru că majoritatea indivizilor supraestimează capacitatea medicinii de a combate efectele nefavorabile ale acestor factori de risc. De aceea, spre exemplu, obezii în loc să-şi îmbunătăţească stilul de viaţă, să-şi reducă aportul caloric şi să facă mai mult exerciţiu fizic, preferă să recurgă la medicamente pentru slăbire, iar cei care suferă de insomnie continuă de multe ori să consume cafea şi să ia somnifere. Cu toate progresele care s-au realizat, medicina nu poate şi nu va putea înlocui niciodată acţiunea extrem de eficace a prevenţiei primare, care presupune, desigur, şi un stil de viaţă corespunzător. Şi, în sfîrşit, pentru că, cu toate progresele care s-au realizat, datorită complicatelor legături de cauzalitate, indivizii nu reuşesc să estimeze corect pericolele la care se expun.

Deşi prezenţa factorilor de risc creşte frecvenţa bolilor, deşi creşterea intensităţii factorilor de risc determină creşterea frecvenţei bolii respective şi fenomenele sînt reproductibile, legăturile de cauzalitate sînt, în cazul factorilor de risc, mai puţin evidente decît în cazul factorilor patogeni. Şi nu este obligatoriu ca factorii de risc să fie agenţi cauzali, fiind suficient ca ei să faciliteze acţiunea altor factori. Acţiunea lor depinde în măsură mai mare de teren, decît în cazul factorilor patogeni, iar terenul depinde şi el, la rîndul său, de factorii genetici, precum şi de o serie întreagă de factori de mediu.

Toate aceste complicate şi variate relaţii de cauzalitate, în contextul unei influenţe



prelungite, factorii de risc trebuind să acționeze un timp foarte îndelungat, îi fac pe mulți indivizi să nu estimeze corect pericolele la care se expun. Dimpotrivă, datorită faptului că unii factori nu pot fi complet evitați, iar alții produc chiar o anumită plăcere, nu numai că ei nu sînt evitați, ci de mule ori sînt căutați și cultivați, cu dezinvoltură, constituind, alături de tipul de personalitate, stilul de viață al individului respectiv. Dintre tipurile de personalitate care influențează sau poate chiar determină stilul nostru de viață, cel mai discutat în ultimul timp este tipul coronarianului, care este un tip competitiv, orgolios, iritabil, energic, grăbit, agitat, nemulțumit și într-o continuă criză de timp. Și prezența acestui tip de personalitate, care impune un anumit stil de viață, crește de 2,3 ori riscul de apariție a cardiopatiei ischemice cronice și de 4,3 ori riscul de apariție a infarctului miocardic.

Desigur că s-ar mai putea vorbi și despre modul de a reacționa la diverse stresuri și solicitări, hipertensiunea arterială survenind mai frecvent la indivizii care reacționează neadecvat la diferitele stresuri și emoții puternice, despre modul de a-și petrece timpul liber, despre modul de a îmbina odihna activă cu odihna pasivă, despre modul de a dormi, care fac și ele parte din stilul de viață al individului și care ar putea influența apariția unor boli.

Problema este însă și mai complicată datorită faptului că în stilul de viață al unui individ putem găsi, de obicei, nu unul, ci mai mulți factori de risc. Așa, spre exemplu, un tip coronarian poate să fumeze, să consume alcool și cafea și să doarmă foarte puțin. Și acești factori de risc nu numai că se sumează, ci se potențează reciproc, crescînd cu mult riscul de apariție a bolii coronariene. De aceea dacă fiecare din acești factori presupune un risc, stilul de viață care cumulează, uneori, mai mulți factori de risc, devine cu adevărat patogen. Și această patogenitate trebuie cunoscută de fiecare individ, deoarece dacă unii factori de risc, cum ar fi vîrsta, sexul și factorii genetici nu pot fi influențați, alții, cum ar fi comportamentul alimentar necorespunzător, consumul de alcool, de cafea, fumatul, sedentarismul și chiar tipul de personalitate pot fi influențați. Este necesară, însă, o anumită conștientizare și un control ceva mai riguros și mai tenace de la nivelul cunoștințelor actuale, care, deși nu au decît o valoare statistică, trebuie totuși luate în considerare, a stilului nostru de viață, a modului nostru de a trăi.

De aceea, Organizația Mondială a Sănătății a și lansat anul trecut chemarea „Trăind sănătos, toată lumea cîștigă", pentru a recomanda evitarea acestor factori de risc și cultivarea unui stil de viață cît mai echilibrat și mai sănătos, pentru ca fiecare individ să contribuie, astfel, la păstrarea propriei sale sănătăți.

Dr. Adrian Restian

Aforismele sănătății

*Sănătatea este, în primul rînd, complementul direct al... simțului măsurii!

*Dacă suferi de gușă nu te mai... „umfla în pene"!

*Servilul din fire riscă oricînd să-și facă... cocoașă!

*Am cunoscut un alcoolic care, în cele din urmă, a reușit să se lase de băut... apă!

*Abuzul de medicamente a devenit pentru unii cea mai modernă formă de... sinucidere!

*Suferința și bucuria măresc tensiunea arterială numai dacă nu știi să le înfrunți!

*Unde nu intră soarele „...intră... antibioticele"!

*Sănătatea aparentă este uneori mai periculoasă decît o boală evidentă!

*Norocul începe să răsară în viață din... „brazda sănătății"!

*Cel mai eficient medicament împotriva disperării rămîne tot... speranța!

*Cine înfruntă adevărul nu trebuie să „umble cu mănuși", cu excepția chirurgului.

Titel Ganache

Cugetări despre SĂNĂTATE

***Drumul spre o sănătate trainică este pavat cu pietrele... cumpătării!**

***Dacă vrei să nu apelezi niciodată la „Salvare", caută să-ți salvezi zilnic... sănătatea!**

***Cele mai preferate „fructe" rămîn tot... copiii noștri!**

***Una e să ai „sînge rece" și alta să suferi de hipotermie!**

***Abuzurile nu sînt altceva decît niște presimptome ale unei viitoare boli provocate de noi înșine!**

***Norocul în viață începe întotdeauna cu o bună... sănătate!**

***Rîsul prelungit îți poate oferi și... riduri!**

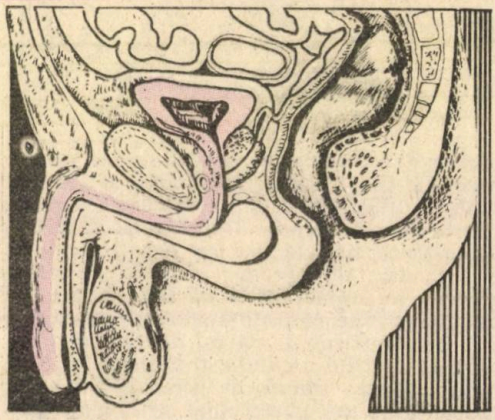
***Cînd ne enervăm de neputința manifestată uneori de copiii noștri în rezolvarea unor probleme este bine să ne întrebăm dacă acest comportament al lor nu este cumva... ereditar!**

***Nebunii nu te ascultă nici la jocul de șah, dacă nu știi cum să te porți cu ei!**

***Cînd doi oameni deștepți se ceartă pe ceva, cîștigă cel... „prost crescut"!**

TITEL CANACHE

Ce trebuie să știm despre ENUREZIS



Controlul cerebral asupra micțiunilor diurne apare, la majoritatea copiilor, de la vîrsta de 15-18 luni, iar asupra micțiunilor nocturne între 2 și 3 ani. Instalarea controlului cerebral — mai precoce sau mai tardivă — este în funcție de dezvoltarea neuropsihică a copilului, dar și de educarea lui, astfel încît un copil de 3 ani trebuie să posede controlul micțiunilor atît ziua, cît și noaptea.

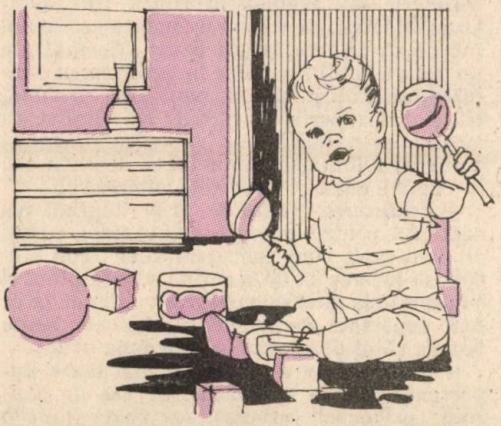
Sînt și copii care, deși pînă la vîrsta de 3 ani au dobîndit controlul asupra micțiunilor diurne și nocturne, prezintă, totuși, timp de încă 1-2 ani — dar cu totul întîmplător, accidental — emisiuni involuntare diurne sau nocturne de urină, mai ales dacă au băut multe lichide în cursul zilei, dacă sînt foarte preocupați de joacă sau cînd dorm foarte profund. *Acești copii vor fi prezentați medicului!*

Copilul trecut de vîrsta de 3 ani care prezintă, mai mult sau mai puțin frecvent, emisiuni involuntare de urină, este un copil bolnav: suferă de incontinență urinară sau de enurezis!

Trei ani reprezintă limita de vîrstă de la care absența controlului diurn și nocturn asupra micțiunilor nu poate fi „trecută cu vederea"!

Incontinență de urină este pierderea repetată, involuntară, uneori inconștientă, de urină, diurn și/sau nocturn, cu sau fără tulburări de micțiune, *determinată de cauze organice:*

a) *anomalii morfologice și/sau funcționale* vezicale și urinare inferioare (fimoza fiind deseori o cauză);



b) *infecții urinare* (urini cu aspect modificat, tulbure sau sanguinolent; micțiuni dureroase; febră variabilă);

c) *corpi străini* (calculi vezicali);

d) *boala colului vezical*, manifestată încă din primul an de viață prin disurie — eforturi mari ca să urineze —, nevoie de a urina des, evacuare lentă a vezicii;

e) *paralizia vezicală* datorită unei afecțiuni cerebrale sau vertebrale (deseori tuberculoză vertebrală = morb Pott);

f) *anomalii ale coloanei vertebrale lombosacrate ș.a.*

Incontinența de urină determinată de anomaliile menționate este denumită și *enurezis organic.*

Enurezis se denumește emisiunea involuntară de urină, mai ales în timpul somnului (rareori diurn), de un copil trecut de 3 ani — vîrstă pînă la care ar fi trebuit să posede controlul, diurn și nocturn, al micțiunilor. Copilul „udă așternutul" în timpul somnului, de obicei în fiecare noapte, rareori chiar de 2-3 ori într-o noapte sau la intervale de cîteva nopți. Este o *tulburare funcțională*, emisiunea involuntară de urină fiind indusă de insuficiența mecanismului nervos, care intervine pentru a inhiba, voluntar, micțiunile. Cauze de enurezis pot fi:

a) *deprinderi educative greșite* — încercări repetate de a deprinde copilul, prea de timpuriu sau prea tardiv, să urineze voluntar („să facă la oliță"); folosirea unor metode coercitive (de constrîngere) pentru a-l determina să urineze la anumite intervale, la „ore fixe";

b) *traume psihice:* jignire, ceartă, pedepsirea copilului cu ocazia primelor micțiuni involuntare, „accidentale"; familie „dezorganizată"; certuri repetate în familie; lipsa de afecțiune, în special maternă; pedepsiri nejustificate; „probleme" de ordin școlar: dificultăți la învățătură; ceartă și pedeapsă dacă nu obține „note mari" ș.a.

c) *afecțiuni neuropsihice:* dismaturitate neuronală; epilepsie, enurezisul nocturn fiind, rareori, unica manifestare a bolii.

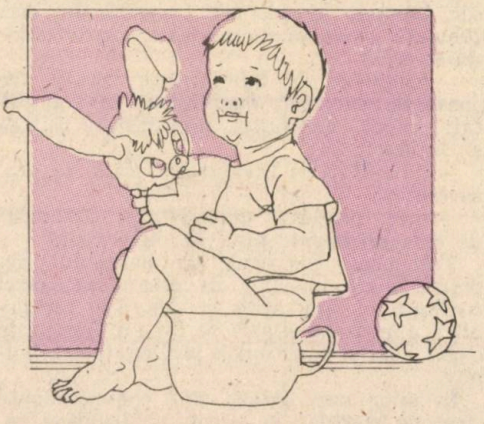
Emisiunile involuntare de urină determinate de factorii mai înainte menționați constituie *enurezis psihogen.*

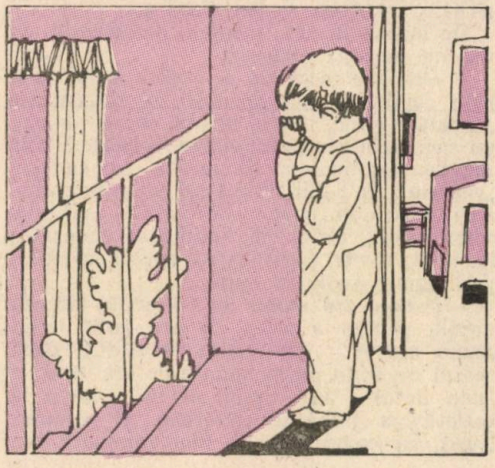
Cazurile de enurezis etichetate și tratate ca „enurezis psihogen", care nu se vindecă după 2-3 luni de tratament, trebuie reexaminate de medic, care va indica investigațiile paraclinice necesare pentru precizarea cauzei reale.

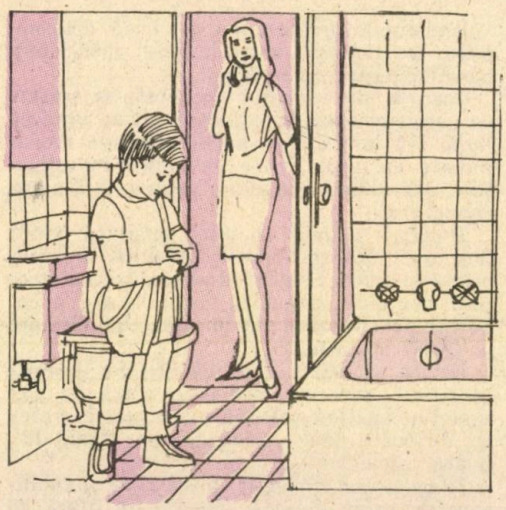
Diabetul zaharat (copilul mănîncă mult, bea mult, urinează mult, prezintă hiperglicemie și glicozurie) și *diabetul insipid* (copilul bea mult, urinează mult, nu are glicozurie) pot fi cauze de micțiuni involuntare — „*fals*" *enurezis.*

Există și foarte rare cazuri de *enurezis „esențial"*, care nu este determinat de nici una din cauzele menționate, dar care ar putea fi datorat unei „predispoziții familiale", poate „genetice".

Diagnosticul etiologiei pierderilor involuntare de urină implică, deseori, în afară de anamneză și examenul clinic complet al bolnavului, și anumite investigații paraclinice: cel puțin examen sumar de urină și urocultură, eventual și EEG (electroencefalogramă).







Alte investigaţii, ca urografia intravenoasă, cistoscopia, uretrocistografia micţională etc. sînt indicate de specialistul urolog, solicitat, dacă este necesar, de pediatru.

Examenul psihologic este totdeauna necesar, întrucît o „alterare" a psihicului este prezentă la copiii cu enurezis, manifestîndu-se prin:

— complex de inferioritate; mulţi fac „nevroză reactivă", manifestată prin anxietate, teamă, nervozism, instabilitate psihică şi intelectuală;

— dificultăţi la învăţătură, lipsă de perseverenţă;

— unii prezintă agresivitate, tulburări de comportament, pînă la delincvenţă.

Tratament. Succesul tratamentului depinde, în primul rînd, de precizarea cauzei *enurezisului*, indicaţiile şi metodele terapeutice, numeroase şi variate, fiind în funcţie de cauza bolii şi simptomele prezentate de bolnav.

În orice caz, astăzi sînt contraindicate „metode brutale", ca injecţii epidurale şi perineale, insuflare ventriculară ş.a.

De la caz la caz, medicul recomandă, în caz de *enurezis psihogen:*

— *restricţie moderată de lichide seara*, oferind copilului care primeşte o alimentaţie „uscată" (pîine, brînză sărată, carne, ou ş.a., cu sare suficientă) 1/2 pahar cu lapte. Nu va mai bea lichide pînă dimineaţa, un consum „raţional" de lichide fiind indicat şi în cursul zilei. Restricţia „draconică" (totală) de lichide seara nu dă, de obicei, rezultatele scontate; în plus, scade capacitatea vezicii urinare, prelungind evoluţia bolii;

— *trezirea din somn*, de 1-2 ori în timpul nopţii, pentru a urina „la oră fixă" (cînd „sună ceasul"), dă uneori rezultate, dacă ceasul va suna puţin înainte de ora cînd ar „uda patul"; dar copilul să nu meargă la toaletă pe jumătate adormit, ci complet trezit, iar camera să fie bine luminată (nu întuneric sau semiobscuritate!). Un „avertizor" electric, care sună de îndată ce copilul începe să urineze, poate fi util. *Somnul* are un rol cu totul secundar în producerea enurezisului. Totuşi, atît somnul prea profund, cît şi cel superficial, agitat, se combat cu *medicamente*. Copilul se va culca devreme, deoarece tulburările somnului se accentuează la copilul obosit, favorizînd enurezisul;

— *reeducarea vezicală*, prin deprinderea copilului pentru reţenţie voluntară a urinei cît mai mult timp în cursul zilei, fiind sfătuit să încerce să îşi menţină vezica plină şi să urineze la intervale progresiv din ce în ce mai depărtate de momentul în care simte nevoia să urineze, este întotdeauna utilă;

— *psihoterapia* este de cea mai mare importanţă pentru tratament, în caz de enurezis „psihogen" (primar), dar poate fi utilă şi în caz de enurezis „organic" (secundar).

Familia trebuie să înţeleagă că enurezisul psihogen sau organic este o boală, nu un „obicei prost". Ca atare, să nu jignească copilul, să nu îl certe, să nu îl pedepsească! Familia trebuie să „coopereze" cu copilul pentru vindecarea lui; să-l încurajeze ca să îşi redobîndească încrederea în el, să contribuie activ — şi el — la aplicarea tratamentului; să-i spună că se va vindeca cu siguranţă dacă va respecta sfaturile şi tratamentul. Se va crea un „climat familial" normal, favorabil, să nu existe ceartă între părinţi şi neînţelegeri, mai ales în ceea ce priveşte copilul. În caz de enurezis psihogen determinat sau întreţinut de tulburări afective avansate, de ambianţă familială conflictuală, poate deveni necesară scoaterea copilului din mediul familial traumatizant, uneori numai aceasta reuşind să aducă vindecarea.

În caz că incontinenţa de urină este determinată, favorizată sau întreţinută de alte cauze (= enurezis „secundar" sau „organic"), pot fi indicate, de la caz la caz:

— corectarea malformaţiilor aparatului urinar; tratamentul chirurgical al fimozei; igiena organelor genitale externe prin spălături cu apă, nu cu ceai de muşeţel, care *irită;*

— tratamentul infecţiei urinare;

— tratamentul diabetului zaharat sau insipid;

— tratamentul epilepsiei.

Vindecări „spontane" în enurezis sînt cu totul excepţionale şi nu trebuie aşteptate. Sînt totuşi cazuri de enurezis „psihogen" care se vindecă spontan, pînă la pubertate; dar... cîtă suferinţă a copilului şi familiei pînă ce apare vindecarea spontană!

Rareori însă poate să recidiveze şi după această vîrstă.

Profilaxia enurezisului şi a incontinenţei de urină constă în eliminarea cauzelor determinante sau a celor favorizante.

Conf. dr. doc. **V. Petrescu-Coman**

Medicofabulă

Pe cine a păcălit URSUL?

Cu alți trei urși la masă, toți puși pe zaiafet,
Stătea și Martin ursul, în codru la bufet,
Sorbind dintr-un șpriț rece, trăgînd dintr-o țigară,
Cum adora s-o facă în fiecare seară.
Prea îi plăcea acolo, în fum și veselie,
Ca să nu-și zică-n minte „acum, ce-o fi să fie".
El, prin aceste vorbe, e clar, convingător,
Că invoca hazardul, și nu întîmplător.
Însă, vedeți, apare mai mult decît probabil
Că se-aștepta hazardul să-i fie favorabil,
Altminteri... De aceea chiar unul din amici
L-a tras nițel deoparte și l-a-ntrebat: — Ce zici,
Martine, frate dragă, oare ce faci e bine,
Ori tocmai dimpotrivă? Ascultă-mă pe mine,
Să știi că-i nebunie curată, poți să crezi,
Cînd ești oprit de doctor să bei și să fumezi.

*

Da, dar Martin al nostru era un fatalist
De-o speță mai aparte, dublat de-un umorist.
Întors la el acasă, rosti cu glas de stentor:
— Nevastă, astă seară l-am păcălit pe doctor!
— L-ai păcălit, pe naiba! N-ai nici un fel de haz
Și ești un prost! — răspunse ursoaica cu necaz.
Căci ești stupid, zănatic, mai bine zis dement
Să faci prostii din astea cînd ești în tratament.
— Pardon, știi foarte bine că eu mă conformez
Întocmai la rețetă, adică mă tratez.
Doar din medicamentul dat spre a mă păzi
Iau cîte trei drajeuri în fiecare zi...
— Iei, dar ți-o spun în față, degeaba le mai iei
De faci numai atîta și altceva nu vrei.
Știind un bolnav cronic — și asta e ce ești —
Mai ai și datoria să știi cum să trăiești,
Să-ți adaptezi purtarea și stilul tău de viață
Așa cum medicina și medicul te-nvață.
Iar dacă medicina te-obligă la restricții,
Să înțelegi că ele fac parte din prescripții.
— Păi cum, să se plînse ursul —, atunci nici o plăcere
Nu pot să îmi îngădui? Un șpriț? Măcar o bere?
Un fum cînd simt nevoia? Delicii, pare-mi-se,
Cu mult mai atractive cînd sînt și interzise.
— Or fi, dar e prostie, ți-am spus și o repet,
Ce faci seară de seară cu urșii la bufet.
Spui că păstrezi măsura? Nu cred! Pentru că zic
Că-n cazul tău măsura e doar atît: nimic.
N-ai voie, categoric, să pui deloc în gură
Nici filtru de țigară, nici strop de băutură.
Cînd e-n joc sănătatea, nu face să glumești
Și să-ți permiți pe doctor, cum spui, să-l păcălești.

*

Stătu pe gînduri Martin, în ziua următoare,
La cele ce-i spusese soția iubitoare.
Dar, cînd să vină seara, grăi: „Fie ce-o fi!"
Și iarăși spre bufetul din codru o coti.
Micuța escapadă, trecînd fără urmări,
Încurajă la alte și alte repetări.
Urciorul dus la apă se arăta capabil
Să țină, să reziste, părînd că-i incasabil.
Iar doctorul, sărmanul, părea că e sortit
Ca pentru totdeauna să fie păcălit.
Pînă-ntr-o zi cînd... Gata! Nu spun ce-a mai urmat,
Deoarece povestea aici s-a încheiat.

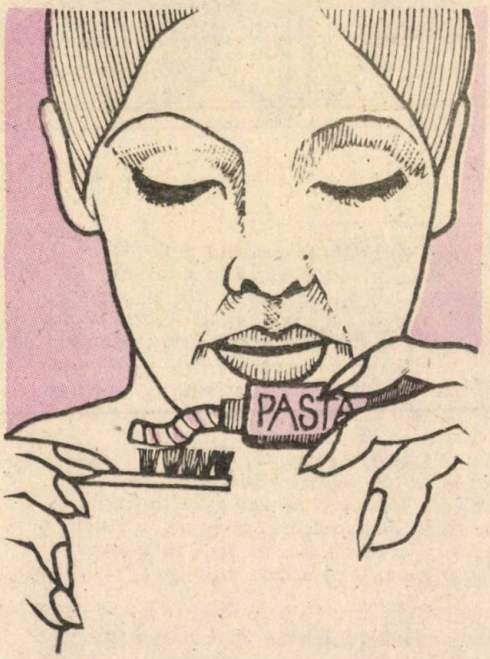
. . . . . .

În loc de vreo morală, vă rog, dragi cititori,
Să fiți arbitri singuri, să fiți judecători
Și să decideți: ursul, Martin cel mucalit,
De fapt pînă la urmă pe cine-a păcălit?

Dr. Al. Gheorghiu

Cum să ne apărăm sănătatea DENTARĂ

Prof. dr. doc. **P. FIRU** — *șeful Clinicii de Ortodonție și Pedodonție, al Colectivului de Cercetare în Stomatologie Infantilă și al Centrului de Colaborare O.M.S., secția București*



Sănătatea este acea stare de „bine" fizică sau/psihică — după definiția O.M.S. —, la care s-ar putea adăuga și starea de bine „socială", dacă ne referim la dinți, deoarece aparatul dentomaxilar îndeplinește, pe lîngă funcțiile biologice, comune și animalelor (masticația, deglutiția alimentelor), și funcții psihosociale (vorbirea, expresivitatea), mult evoluate la omul actual, ce trăiește într-o societate civilizată. Forma, dimensiunea, poziția și așezarea armonioasă a dinților dă persoanei respective un „zîmbet" atrăgător, prietenos, ce te îndeamnă la o colaborare constructivă. Dinții pătați, distruși prin procese carioase sau deșosați prin bolile parodonțiului, ca să nu mai vorbim de lipsa dinților, determină izolarea, jena de a vorbi cu colegii, de a se informa sau a informa pe cei din colectivul de muncă, mai ales dacă are și halenă fetidă. Acești bolnavi devin taciturni, morocănoși, pentru că se jenează să zîmbească, să rîdă, de teama de a nu-și arăta dinții bolnavi.

Prin inteligență și muncă constructivă omul și-a făurit o societate în care s-au stabilit anumite reguli de conviețuire, s-au format în timp anumite principii de educație referitoare la sănătatea fizică sau psihică și s-au transmis, prin obiceiuri, anumite ritualuri cu anumite semnificații și în sfera bucodentară. Măștile hidoase, cu 1—2 dinți restanți, ieșiți din gură, reprezentau oamenii răi, în care nu puteai avea încredere.

Stomatologia a dezvoltat în prezent două laturi principale: una de reconstituiri fizionomice ale dinților, prin proteze cu fațete de ceramică, și alta de prevenire a îmbolnăvirilor dentare; datorită faptului că protezele dentare nu pot însă niciodată să redea funcția dentiției naturale, oricît de perfecte ar fi, prevenirea cariei și a parodontopatiilor, încă din copilărie, trebuie să constituie principala grijă a părinților și educatorilor; anomaliile dentomaxilare, ce afectează 75% din copiii țării noastre, trebuie depistate și tratate precoce, pentru a opri evoluția lor și redresa armonios dinții pe arcade.

Cunoaștem perfect astăzi, ca specialiști stomatologi, factorii de risc care determină caria dentară ajunsă la 98%, parodontopatia la copii — care a ajuns și ea la 85% — și anomaliile dentomaxilare, ajunse la 65%. Cunoaștem, de asemenea, și mijloacele de a elimina acești factori de risc, pentru a jugula apariția și evoluția celor 3 boli sociale bucodentomaxilare. Prin revistele săptămînale, prin programele de radio sau de televiziune se dau sfaturi pentru îngrijirea dinților, pentru

apărarea sănătății dentare, dar cine le urmează întocmai? S-a înrădăcinat impresia că astăzi medicul poate face „reparații" capitale la un bolnav cu „dezastru dentar". De ce să ajungem aici, cînd se poate să ne apărăm sănătatea dentară prin mijloace simple, ieftine și eficace?

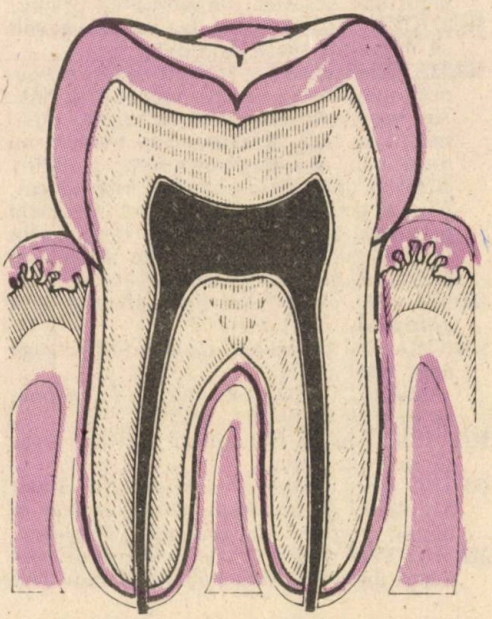
Recent s-a introdus termenul de autoîngrijire dentară, care înseamnă un ansamblu de măsuri pe care fiecare din noi le îndeplinim zilnic cu stricte,e, cu conștiinciozitate, solicitînd, la nevoie, sfatul medicului stomatolog.

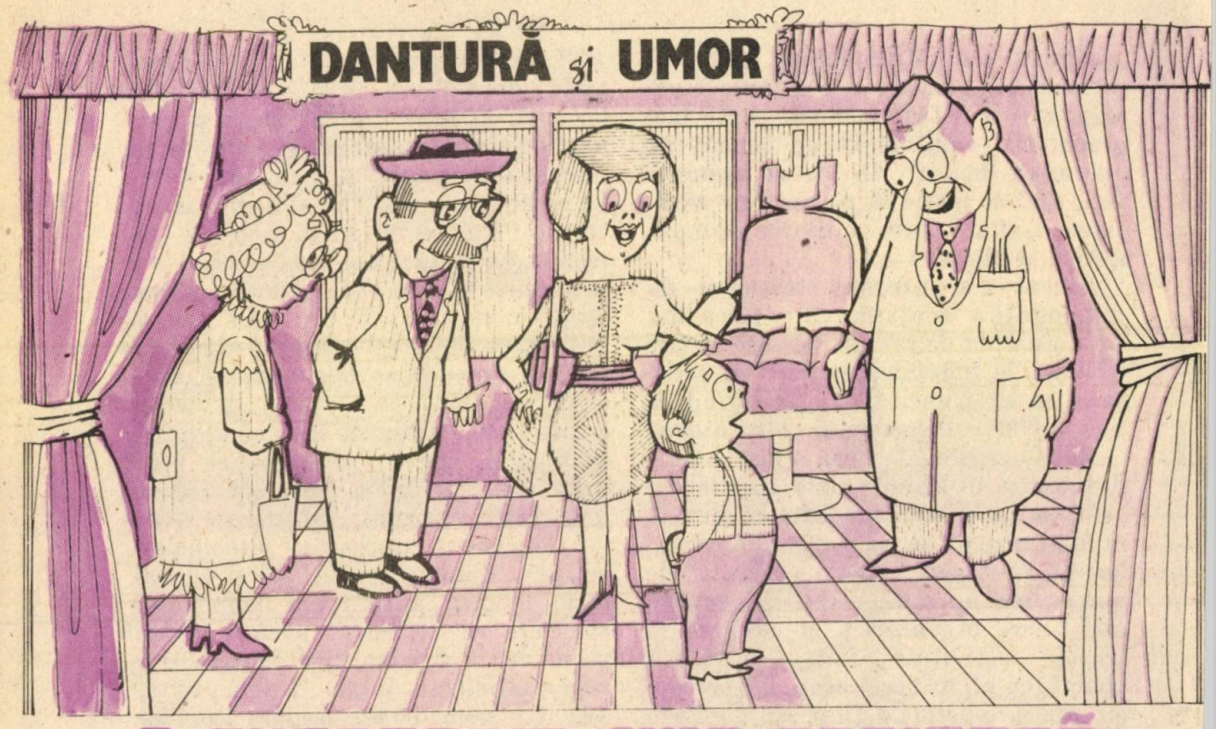
Autoîngrijirea dentară a luat o mare dezvoltare în China, unde s-au lansat cele trei „curățenii": la locul de muncă, în familia unde se locuiește și a corpului; în acest sens, fiecare „brigadă" de muncă are un responsabil cu „curățenia", care organizează și controlează această activitate; fiecare cetățean poartă cu el în acest scop, un prosop, un săpun, o perie de dinți și o pastă de dinți; 4 miliarde de perii de dinți și 6 miliarde de tuburi de pastă de dinți de 90 g se produc anual în China, în acest scop. Rezultatul? Au fost eradicate o serie de boli infectocontagioase, endemice în China, s-a redus parodontopatia cu 75% și caria dentară cu 20%.

Nerespectarea autoîngrijirii dentare sau corporale putea duce la sancțiuni grave, pînă la desfacerea contractului de muncă, deoarece responsabilitatea asupra celor trei „curățenii" era „totală", de la ultimul brigadier, la directorul întreprinderii, de la elevul cel mai umil, la pedagogul clasei și la directorul școlii.

Autoîngrijirea dentară, însoțită de responsabilitatea totală a tuturor membrilor colectivității respective, a dat roadele necesare, reducîndu-se semnificativ bolile febrile, transmisibile prin cavitatea bucală, și bolile bucodentare, ce ajunseseră la indici îngrijorători; este interesant de remarcat reducerea cancerului bucal, ajuns în alte țări, ca localizare pe locul patru, ca gravitate pe locul doi.

În cele șapte țări europene, care au reușit să reducă parodontopatia cu 80%, caria dentară cu 75% și edentația cu aproape 90%, s-a introdus obligatoriu în școli coordonarea și controlul igienei bucodentare, asociate cu fluorizarea locală sau generală și înlocuirea zahărului din alimentație cu sorbitol sau xilitol, dulciuri ce nu fermentează în gură. În țara noastră s-a introdus, începînd cu acest an, un program național de cercetare pentru prevenirea afecțiunilor bucodentomaxilare, în care igiena bucodentară, asociată cu fluorizarea locală cu paste, geluri, tinctură Elmex sau ape de gură fluorizate, igiena alimentației asociată cu fluorizarea generală (cariolact, lapte fluorizat, tablete cu fluor — Concaden), constituie principalele acțiuni. Rămîne ca părinții și educatorii, medicii pediatri cu cadrele lor auxiliare să acționeze unitar pentru promovarea autoîngrijirii dentare și a responsabilității totale. Numai în acest fel vom putea asigura copiilor noștri vigoarea, sănătatea și puterea de muncă, pentru realizarea sarcinilor ce se impun, în vederea ridicării țării noastre pe noi culmi ale civilizației. La dictonul strămoșilor noștri romani „*Mens sana in corpore sano*" s-ar putea adăuga „*Dentis sanis in corpore sano*".





O EXTRACȚIE BINE REGIZATĂ

În cabinetul stomatologic al policlinicii intră Gigel (copil de 6 ani), împreună cu mama, tata și bunica.

TATĂL: Tovarășe doctor, în urma celor hotărîte ieri la consultație, l-am adus pe copil să-i scoateți dințișorul cu pricina.

MEDICUL: Foarte bine, dar nu era nevoie să deranjați toată familia!

MAMA: Ehei, dacă am fi făcut așa cum spuneți, am fi fost pe puțin vreo 20 de inși. Am venit doar cîțiva, eu ca mamă, dumnealui ca tată, dumneaei ca bunică; nu de alta, da' să-i dăm puțin *coraj* copilului. Băiețelu', să știți, e cuminte, bine educat. Nu-i așa, Gigel, mamă? Ia să-l lași acum pe nenea doctorul să se uite el în gurița ta și să-ți vadă dințișoru' de lăptic *(cei trei îl conduc spre fotoliul dentar)*.

GIGEL: Nu *vleau!* Nu *vleau* să-mi scoată *dințișolul*...

BUNICA: Nu ți-l scoate, maică! Ți-l extrage doar nițel...

(Medicul, cu cleștele ascuns în palmă, se apropie de copil).

MEDICUL: Acum fii cuminte, băiețel! Doar să mă uit puțin.

GIGEL *(care a observat cleștele)*: Nu *vleau!* Nu *vleau! (se văicărește, plînge, evident se alintă, profitînd de prezența părinților)*.

MAMA: Fără clește nu se poate să se uite nenea doctorul. Nenea doctorul vede prin clește ca prin ochelari!... N-ai să simți nimic. Are o mînă ușoară, fulg, nu alta *(medicului, chipurile, în șoaptă)*: Injecție nu-i faceți?

MEDICUL *(puțin iritat)*: Nu-i nevoie. Dințișorul e mobil. Nu vedeți că se mișcă ca o mărgică?

BUNICA: Să nu-i scoateți din greșeală măseaua de minte, că-i deștept foc și ar fi păcat să-i scoatem deșteptăciunea!

MEDICUL: Fiți liniștită! Copilul n-are încă măsea de minte.

MAMA *(către copil)*: Ia să-i scoată nenea doctoru' lui tăticu dințișoru' de lapte, să vezi că nu-l doare. *(Adresîndu-se tatălui)* Hai, Petrică, treci să ți-l scoată!...

TATĂL: Vetuțo, uiți că eu nu mai am de mult dinți de lapte?...

GIGEL *(se vaită, plînge, se zbate. Vacarm îngrozitor)*: Nu *vleau!*

BUNICA: Știți ceva? Ca să liniștim copilul, eu fac pe „Zîna" *(către mamă)*, tu, Vetuțo, pe „Albă ca Zăpada" *(către tată)*, tu, Petrică, pe „Zgripțuroiu"...

MEDICUL: Vă rog să mergeți pe sală și lăsați copilul singur în cabinet. Așa este normal. Copii de 2 ani au stat singuri și le-am pus plombițe. Și el, ditamai elevul, să fie însoțit de părinți *(uitîndu-se șme-*

chereşte către cel mic). Ce înseamnă răsfăţul ăsta?

MAMA: Lăsaţi, domn' doctor! Să stea singur copilu'? Şi-apoi să ştiţi că sîntem şi noi... oameni...

MEDICUL *(scos din răbdări):* Regret, dar în asemenea condiţii nu pot lucra... Lăsaţi-mă să încerc eu să-l liniştesc... *(se apropie de GIGEL, prietenos).* Ia spune-mi tu mie, băieţaş, cam ce jucării ţi-ai dori?

GIGEL *(calm):* Jocul „Dacii şi *Lomanii*"... O cutie *maale... maale...* Am văzut-o în geam la *liblălie...*

MEDICUL: Buuun. Şi... ce carte îţi doreşti?

GIGEL: „*Capla cu tlei iezi*", că *ale* poze...

MEDICUL *(către cei trei):* Peste drum de policlinică este o librărie şi alături o cofetărie. Aşa că vă rog să mergeţi dumneavoastră, toţi trei, şi-i luaţi băiatului ceea ce-şi doreşte, iar pe urmă el o să stea cuminte şi-i scoate nenea doctoru' dinţişoru'"...

TATĂL: Perfect! Bună idee! Haidem!...

MAMA: Da' ne aşteptaţi şi pe noi!

MEDICUL: Sigur că vă aştept. Nu primesc pe nimeni... *(mama, tata, bunica ies repede. Medicul se apropie prietenos de copil.)* Noi doi sîntem prieteni, nu-i aşa? Ia să se uite nenea doctorul în gurita ta. Nu-ţi fie teamă. Nu-ţi fac nimic rău. Uite, n-am nimic în palmă... *(îi arată palma goală.)* Aşaaa. Guriţa mare... maare... Hocus, pocus *(se apropie, face o mişcare bruscă a mîinii).* Aşa! Bravo, ai fost cuminte. Te-a durut?

GIGEL: Nici n-am simţit, nene.

(După puţin timp intră cei trei cu cumpărăturile făcute.)

MAMA: Uite ce i-am adus noi lui Gigel. Acu' o să-l laşi să-ţi scoată măseluţa, nu-i aşa?

GIGEL *(mîndru):* Nu mai e nevoie. S-a făcut *(le arată dinţişorul).*

TATĂL: Cum?! Gata?! Ţi l-a scos!... *(mirat şi în acelaşi timp fericit).*

MAMA: Ce l-o fi durut, mititelu'... Aţi chinuit copilul... Las' că ştiu eu... de ce sînt capabili doctorii ăştia...

GIGEL *(cu un aer de bărbăţie):* Nici n-am simţit, mămico...

BUNICA *(către mamă):* Poftim, să i-l scoată fără noi... Ne-a dat afară ca să-şi facă dumnealui damblaua... Ditamai *doftoru,* să umble cu şmecherii... Frumos! Brava!

MAMA: Halal doctor! Am să-l fac de rîs la toată lumea.

BUNICA: Să-l reclamaţi, maică, că aşa merită, să ştie lumea ce face dumnealui.

TATĂL *(în timp ce cele două femei sînt indignate, tatăl se apropie cu simpatie de medic, strîngîndu-i mîna):* Meritaţi felicitări! Aţi avut o idee genială. Aţi izbutit ceea ce în prezenţa noastră ar fi fost imposibil... Orice s-ar zice a fost o extracţie bine regizată.

Dr. **Florin Colonaş**

ştiaţi că...

— la 1.III.1844 apare la Iaşi „Povăţuitorul sănătăţii şi al economiei", prima revistă de popularizare medicală, adresată mai cu seamă sătenilor? Revista a apărut sub îngrijirea medicului Constantin Vîrnav;

— la 1.I.1862 apare la Bucureşti primul număr din „Monitorul medical", al cărui redactor responsabil a fost dr. Vehnert? În această publicaţie au apărut, în special, articole de educaţie sanitară;

— la 8.X.1867 apare, tot în Bucureşti, „Gazeta spitalelor", redactată la început de A. Sutzu, iar de la 15.III.1869 de dr. Greceanu?

— în februarie 1871 apare, la Bucureşti, prima lucrare adresată mamelor, cu sfaturi privind alăptarea şi creşterea copiilor în primii ani de viaţă, elaborată de medicul C.N. Cabudianu?

— la 11.I.1881, la Bucureşti, apare revista „Spitalul", elaborată de studenţii medicinişti?

— la 15.X.1894 apare în Capitală revista bilunară „Presa medicală română", condusă de medicii Demosthen, Drăghiescu şi Leonte? Revista are şi un supliment în limba franceză;

— în ianuarie 1896 apare, la Paris, revista „Archives des sciences medicales", organ al Institutului de Anatomie şi de Chirurgie din Bucureşti? Iniţiatori sînt medicii români Thoma Ionescu, Victor Babeş şi Nicolae Kalinderu;

— în aprilie 1897, un grup de medici chirurgi bucureşteni înfiinţează „Revista de chirurgie", nucleu în jurul căruia s-a format, la 17.II. 1898, „Societatea de chirurgie"?

— la 1.III.1901 apare primul număr al revistei „Sănătatea", una din cele mai apreciate reviste medicale bilunare? Cu unele întreruperi, revista continuă să apară pînă în anul 1916.

I. Murgan

În ajutorul GOSPODINELOR

Indepărtarea petelor

Care gospodină nu şi-a pus de multe ori întrebarea: „Oare cu ce s-o fi pătat?“ sau „Cu ce pot să curăţ petele astea?“

În cele ce urmează vă punem la dispoziţie cîteva reţete, cu ajutorul cărora veţi putea curăţa petele produse de: fructe, cafea, ciocolată, cerneală, ulei, funingine, lanolină, miere, mucegai, rugină, vopsele de păr etc.

Pentru început, cîteva reguli generale:

— preventiv se recomandă ca înainte de aplicarea substanţelor chimice pe ţesături să se încerce, în prealabil, pe o mostră din aceasta;

— rezultatele foarte bune se obţin dacă se acţionează cît mai repede, nelăsînd petele să se învechească;

— în final se recomandă spălarea materialului cu cît mai multă apă;

— manipularea solvenţilor inflamabili (eter, benzină etc.) se va face cu multă atenţie.

După aplicarea celor de mai sus, în funcţie de natura petei, veţi proceda astfel:

— *Afine, cireşe* — se tratează cu apă oxigenată şi se încălzeşte pînă la dispariţia petelor.

— *Albastru de metilen* — se spală cu acid sulfuric 10% şi apoi se tratează cu hipoclorit de sodiu.

— *Azotat de argint* — se aplică o soluţie de iodură de potasiu 10%, iar pata galbenă rămasă se tratează cu o soluţie de tiosulfat de sodiu 10%; se mai recomandă spălarea ţesăturii cu o soluţie caldă de tiosulfat de sodiu 10—20%.

— *Bere, vin roşu* — se foloseşte perborat de sodiu şi apă oxigenată.

— *Cafea, cacao, ciocolată* — se spală cu o soluţie concentrată de sare în apă.

— *Cerneală* — se utilizează o soluţie 10% de acid oxalic, oxalat de potasiu sau acid citric, la care se adaugă 5% glicerină; rezultate bune se obţin şi prin aplicarea unei coji de lămîie peste pată sau prin înmuierea materialului în acid clorhidric diluat, urmată de spălarea cu o soluţie de sodă caustică.

— *Clei* — se lasă la înmuiat în apă caldă, după care se spală numai cu apă fierbinte.

— *Clorofilă (iarbă, frunze)* — petele proaspete se îndepărtează cu alcool, eter, cloroform (departe de surse de căldură, foc); petele vechi se tratează cu perborat de sodiu sau apă oxigenată.

— *Developanţi fotografici* — se tratează cu soluţie de permanganat de potasiu 2% pînă la coloraţie cafenie, apoi se aplică o soluţie de bisulfit de sodiu 10% cu 1% acid clorhidric.

— *Formaldehidă* — materialul se spală cu apă şi săpun, apoi cu apă oxigenată, la cald.

— *Fructe* — se spală cu lapte dulce călduţ, după care se tratează imediat cu soluţie de bisulfit de sodiu acidulată cu acid clorhidric.

— *Funingine* — se şterg cu soluţie de acid tartric 20%.

— *Grăsime, unt* — se aplică benzină, tetraclorură de carbon sau tricloretilenă şi se presează cu o hîrtie de filtru; petele de ulei se dizolvă cu eter, benzină, benzen, tetraclorură de carbon; rezultate bune se obţin dacă se aplică imediat, peste pata de grăsime, talc sau caolin.

— *Gudron* — întîi se spală cu apă şi săpun, ulei de terebentină şi apoi cu benzină sau alcool.

— *Ichtiol* — se îndepărtează cu apă caldă şi săpun.

— *Iod* — se aplică o soluţie caldă de tiosulfat de sodiu 15-20%.

— *Lac incolor* — petele recente se şterg cu benzină; petele uscate se spală mai întîi cu apă şi apoi cu benzină.

— *Lanolină* — se îndepărtează cu eter, acetonă, cloroform, benzină.

— *Miere* — se spală cu apă caldă.

— *Mucegai* — se tratează cu acid clorhidric diluat, apoi cu apă oxigenată, la cald.

— *Ou* — se spală cu soluţie de borax 1,5%, la cald.

— *Pete de arsură* — se tratează cu soluţie diluată de borax, apoi, la cald, cu apă oxigenată.

— *Permanganat de potasiu* — se foloseşte acid clorhidric diluat, soluţie de acid oxalic 10% caldă sau soluţia de biosulfit de sodiu 20% acidulată cu acid clorhidric.

— *Rășină, terebentină* — se îndepărtează cu eter, benzen, cloroform, tricloretilenă sau un amestec în părți egale de alcool amilic și alcool etilic 95°.

— *Rezorcină* — se curăță cu alcool, eter sau glicerină, iar petele vechi cu soluție caldă de acid citric.

— *Rugină (săruri de fier)* — se recomandă acid oxalic, oxalat de potasiu sau acid citric în soluție 10%, la care se adaugă 5% glicerină; se mai poate aplica peste pată coaja unei lămîi. Țesăturile albe de rufărie mai pot fi tratate cu hidrosulfit de sodiu.

— *Săruri de mercur* — se aplică tinctură de iod, apoi soluție concentrată de iodură de potasiu; petele rămase se înlătură cu soluție caldă de tiosulfat de sodiu 20%.

— *Sînge* — petele recente se îndepărtează cu apă rece și săpun, iodură de potasiu sau o soluție de acid tartric. Petele mai vechi se tratează cu apă oxigenată, iar în cazul în care totuși nu dispar, se aplică o soluție caldă de oxalat de amoniu 10% și se spală cu apă caldă.

— *Tanin* — se tratează cu soluție de acetat de plumb 3%; se mai poate folosi sulfat feros, acid acetic diluat, soluție de acid tartric sau de acid oxalic.

— *Ulei de in* — se dizolvă cu alcool amilic; se mai poate folosi soluție de clorură de amoniu în alcool.

— *Urină* — petele recente se tratează cu o soluție diluată de amoniac; în cazul petelor vechi, se încearcă spălarea repetată cu alcool, tratarea cu acid clorhidric diluat, urmată de spălarea îndelungată cu apă.

— *Violet de gențiana* — se folosește o soluție diluată de acid sulfuric, după care se aplică hipoclorit de sodiu.

— *Violet de metil, alți coloranți organici* — se folosește o soluție concentrată de săpun în alcool; se mai poate utiliza *apa de javelle* (soluție de hipoclorit de potasiu), soluție de cloramină sau acid clorhidric diluat; petele rezistente se mențin cîteva ore cu soluție de permanganat de potasiu 0,1%, după care se spală cu apă, sau se continuă curățarea cu soluție de acid oxalic 10%.

— *Vopsele de ulei* — se acoperă cu săpun lichid 12 ore, apoi se îndepărtează cu cuțitul.

— *Vopsele de păr* — se tratează cu soluție de acid citric; se mai poate folosi o soluție caldă de sulfat feros 10%; cînd petele au devenit albastru-negre, se spală bine cu apă și soluție de acid oxalic.

Farm. dr. **Engletina Pelegrino**
cercetător științific

De mult doream să ajung în Vîlcea,
în desele-i păduri, să aud pitulicea,
să inspir aerul ce-ți dă senătate,
iar apele cu sulf, chiar sănătate!

Ceva mai mult, acest frumos județ
și-a clădit un complex — de mare preț,
care cuprinde un vast stabiliment:
hoteluri turn, cu baza lor de tratament,

Un labirint, ce fără să te încurce,
te plimbă pe culoare și te conduce
dacă vrei, la „Căciulata" pentru-mpachetare
sau „Cozia" îți alegi, apoi, să fie o plimbare.

Eu, dorința să o pot ține în frîu,
m-am stabilit la „Oltul", aproape de acest rîu,
cu un izvor îndepărtat și cu o vale,
ce răsună de cîntece pe toată a sa cale.

Dealuri cu munți, de mînă par că se țin,
lanțuri de brazi umbra și liniștea mențin;
doar trenul, din cînd în cînd, cu o șuierare,
împrăștie gînduri la mare îndepărtare.

Nu te poți plînge deloc de plictiseală;
ești programat la baie, fără de săpuneală,
apoi se face ora de o altă procedură,
ești așteptat de un masor sau chiar de-o „băutură"...

Ți se servește periodic și o gustoasă masă,
ce nu-i nevoie să o prepari, cum faci acasă,
nu neglijezi momentul pentru corespondență,
ca lui Moș Ene să faci apoi act de prezență.

Și tot așa, în elegantul furnicar,
cu lungi mochete, flori și semiobscur bar,
petreci vremea util, fără de tihnă,
căci doar te afli în stațiune, la odihnă!

Gabriela Tănase

atenție

la folosirea INSECTICIDELOR

În ierarhia sistemelor biologice locuințele noastre constituie un ecosistem de-sine-stătător, cu o biocenoză (ansamblul speciilor vii, legate între ele într-un anumit ecosistem) specifică. În această biocenoză insectele joacă un rol extrem de important, atît prin diversitatea și prin numărul lor, cît și prin importanța lor sanitară. Din motive practice, încadrăm insectele din casă într-una din următoarele grupe:

— *generatoare de disconfort* (supărătoare) *sau transmițătoare (vectoare) de maladii transmisibile* (gîndacii de bucătărie, țînțarii, muștele, purecii etc.);
— *dăunătoare* (sau depreciatoare) *ale produselor alimentare depozitate* (molia fructelor uscate, molia făinii, gărgărița orezului, gîndacul făinii, bețivele etc.);
— *dăunătoare ale diferitelor materiale* (molia hainelor, diferitele specii de cari etc.);
— *dăunătoare ale plantelor ornamentale* (păduchi de plante, păduchi țestoși etc.).

Descoperirea lor declanșează o serie întreagă de acțiuni, începînd cu măsurile generale de igienizare, pînă la utilizarea diferitelor procedee fizice și chimice de combatere.

Acțiunile de dezinsecție care se întreprind pot fi împărțite, după scopul urmărit, în acțiuni de stingere a unui focar depistat sau în acțiuni generale în întreaga locuință sau chiar în întregul imobil, atunci cînd s-a depistat o infestare generalizată. În aceste acțiuni, dezinsecția prin mijloace chimice joacă rolul decisiv, deși ea trebuie considerată totdeauna ca fiind complementară la acțiunile de igienizare generală. Produsele utilizate pentru combaterea insectelor se numesc insecticide. Toate insecticidele sînt produse toxice. Cînd vorbim de toxicitate trebuie să amintim o maximă a lui Paracelsus: „Totul este otravă și nimic nu este otravă; numai doza face otrava". Există o toxicitate primară, față de organismul țintă (insectele), și una secundară, față de om și mamifere. Cu cît raportul între aceste două toxicități este în favoarea celei primare și în defavoarea celei secundare, cu atît insecticidul este mai convenabil pentru scopul urmărit de noi. Din punct de vedere al toxicității față de om și mamifere produsele insecticide se încadrează în 4 grupe, în funcție de doza letală 50%*. Legea nr. 5/1982, care reglementează regimul pesticidelor, interzice cu desăvîrșire manipularea produselor din grupa I și a II-a de către persoane neautorizate; astfel, toate produsele comercializate în rețeaua pentru populație, deci și cele pe care le utilizăm în combaterea insectelor din casă, fac parte din grupa a III-a și a IV-a.

Insecticidele nu reprezintă substanțe active pure; ele sînt amestecate cu diverse materiale inerte, solide sau lichide, prezentîndu-se astfel sub diferite forme de „condiționare" sau „formulare". Există pulberi seci, cu care se fac prăfuiri; pulberi muiabile și concentrate emulsionabile, cu care se fac stropiri; soluții, utilizate în special pentru aerosolizări; lacuri etc. Unele produse se

* Doza letală 50% (DL_{50}) = doză unică de substanță activă, exprimată în mg/kilocorp, care administrată la șobolani albi provoacă moartea a 50% din lotul experimental. Grupa I, cu DL_{50} sub 50mg/kilocorp; grupa a II-a, cu DL_{50} între 50—200 mg/kilocorp; grupa a III-a cu DL_{50} între 200—1000 mg/kilocorp; grupa a IV-a, cu DL_{50} peste 1000 mg/kilocorp.

folosesc ca atare — pulberi, soluţii insecticide aerosolizabile în butelii sub presiune (spray) — altele, în diferite concentraţii, în amestec cu apă. La acestea din urmă se va respecta cu stricteţe concentraţia indicată de producător. Concepţia, potrivit căreia efectul creşte proporţional cu mărirea concentraţiei, este total greşită.

Pentru sectorul locuibil se recomandă în interiorul apartamentelor utilizarea produselor condiţionate sub formă de pulberi muiabile sau soluţiile aerosolizabile în butelii sub presiune, iar pentru spaţiile comune (ghenă, culoar, subsol etc.), produse sub formă de pulberi muiabile sau concentrate emulsionabile.

La orice manevrare sau întrebuinţare a insecticidelor trebuie să ţinem seama de măsurile de protecţia muncii şi de măsurile de prevenire a poluării mediului.

Pentru evitarea intoxicaţiilor ca urmare a confuziilor se interzice păstrarea insecticidelor în alte ambalaje decît cele originale şi în locuri unde au acces copiii şi bătrînii. Pentru pregătirea soluţiilor sau a suspensiilor de lucru se folosesc numai vasele şi accesoriile destinate acestui scop.

Dacă persoanele care au manipulat incorect insecticide sau în cazurile accidentale de confuzii prezintă la un moment dat unele semne de intoxicaţie, manifestate prin următoarele simptome: iritaţie şi mîncărimi ale pielii; somnolenţă; slăbiciune generală; oboseală; apatie; hipotermie; instabilitate locomotorie; tulburări de echilibru; ameţeală; tremurături ale membrelor; contracţii musculare; agitaţie; ţiuit în urechi; lăcrimare; micşorarea pupilei; tulburări de vedere; salivaţie; arsuri pe mucoasa bucală; greaţă; vărsături; iritaţia căilor respiratorii; presiune toracică (edem pulmonar; pleurită exsudativă); încetinirea pulsului; hipertensiune; aritmie; tahicardie; cianoză, atunci se va proceda numaidecît la acordarea primului ajutor, care constă din: scoaterea din mediu, scoaterea îmbrăcăminţii contaminate, provocarea de vomă şi transportarea, în timpul cel mai scurt posibil, la cea mai apropiată unitate sanitară. Persoana intoxicată sau cea care o însoţeşte trebuie să cunoască denumirea produsului cu care a avut loc intoxicaţia, astfel cîştigîndu-se timp în acordarea primului ajutor.

Respectînd cu stricteţe aceste cîteva reguli generale privind folosirea şi păstrarea insecticidelor, în acţiunea de dezinsecţie a locuinţei dumneavoastră, precum şi a spaţiilor comune, veţi evita o serie de accidente care pot avea urmări destul de grave, ducînd, uneori, chiar la pierderea vieţii.

Dr. K. Fabritius
Institutul de Igienă şi Sănătate Publică, Bucureşti

Verificarea febrei

— I-aţi pus acestei mici copile,
Un termometru la-nceput?
— Îl ţine-aşa de două zile
Şi tusea tot nu i-a trecut!

Lecţia de zoologie

— De şarpele cu ochelari,
Ce poţi să-mi spui, elev Pricop?
— Eu ştiu că dintre şerpii mari,
Acesta-i singurul miop.

Spălatul

De vrei să scapi de boală, Nae,
Spălatului nu-i trage clapa.
— O, vai, dar zilnic fac o baie!
— Atunci, te rog, mai schimbă apa!

Nedumerire

— Piciorul stîng cumplit mă doare!
— E un simptom al vîrstei, bade!
— De-o vîrstă nu-i şi cel'lalt, oare?
De ce, atunci, e cumsecade?

Spre Spitalul de Urgenţă

— Nu cred că e o imprudenţă,
Atît de repede cînd mîn.
Mi-aţi spus că mergeţi la Urgenţă!
— Dar nu acolo să rămîn!

La trezirea din leşin

— Sincopa-a fost îngrozitoare,
Pe faţa pală te dezmierd!
— O, doctore, ce bine-mi pare!
Era aproape să te pierd!...

Prof. Constantin-Aurel Dragodan

SINDROAME* CONGENITALE** GRAVE,

dar evitabile, la nou-născuţi

Factorii nocivi care induc sindroame congenitale pot acţiona în primele 3 luni de viaţă intrauterină, determinînd o **embriopatie,** care se prezintă, de regulă, ca malformaţie, sau după începutul lunii a IV-a şi pînă în luna a IX-a, inducînd o **fetopatie,** care se prezintă ca boală, copil născut mort, anomalie biochimică, malformaţie.

Aceşti factori nocivi sînt numeroşi şi variaţi: infecţii virale sau bacteriene; medicamente; iradiaţii cu raze Röntgen; izoimunizarea fetomaternă Rh sau/şi ABO; alcoolul, tutunul, diabetul matern, alimentaţia neraţională a gravidei ş.a.

Menţionăm cîteva sindroame congenitale grave, prezente la nou-născuţi, ce pot fi prevenite prin măsuri adecvate.

Sindromul Gregg sau **embriopatia rubeolică** este cunoscut din anul 1941, cînd N. Gregg l-a observat la 78 de nou-născuţi de mame care au suferit de rubeolă (pojărel) în primele luni de sarcină. Se manifestă prin:

1. **anomalii oculare:** cataractă, de obicei bilaterală, vizibilă cu ochiul liber, de la naştere sau puţin timp mai tîrziu, cu opacifierea cristalinului (albeaţă), care apare turtit; uneori coexistă: microoftalmie, strabism;

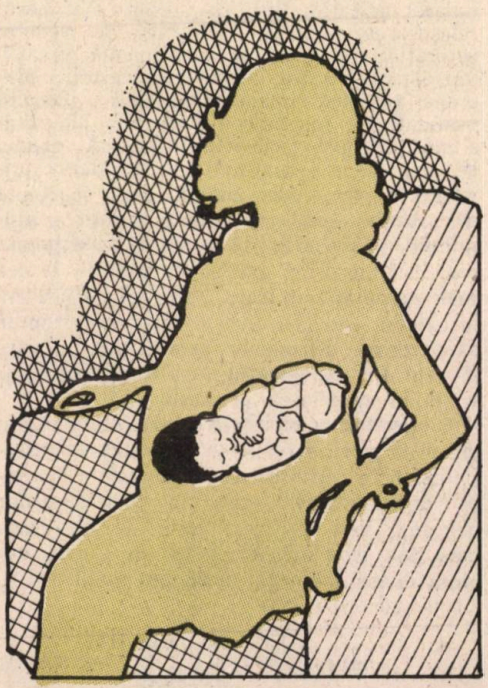
2. **hipoacuzie** parţială sau totală, surditatea fiind de obicei bilaterală;

3. **cardiopatie,** datorită unor anomalii în dezvoltarea inimii;

4. adeseori coexistă: anomalii cerebrale, microcefalie, hidrocefalie sau altele.

Dacă nu se intervine la momentul oportun pentru a fi „recuperat", copilul va fi un orb, surdomut (fiind surd nu învaţă să vorbească), cu boală de inimă, mai tîrziu, posibil, arierat mintal. Cauza anomaliilor este infecţia rubeolică (pojărelul) a mamei în primele 2-3 (4) luni de sarcină. După luna a V-a rubeola nu mai induce malformaţii, ci naştere de feţi morţi. Procentul consecinţelor malformative variază, după diferite statistici, între 95% în primele 7-8 săptămîni de sarcină şi 20% în luna a III-a, fiind de numai 5% în luna a IV-a.

Sindromul Gregg se previne dacă gravida, care nu a suferit anterior de rubeolă, nu va veni în contact cu un bolnav de rubeolă — de obicei copil sau adolescent — chiar dacă acesta prezintă numai catar nazal şi conjunctivită, pentru ca în următoarele 1-2 zile să apară erupţia cutanată. Dacă totuşi a venit în contact, pentru a se preveni îmbolnăvirea gravidei şi, implicit, afectarea sarcinii, este necesar ca în primele 2 zile de la contactul infectant, cel mai tîrziu pînă în ziua a 4-a, să i se administreze gamaglobuline standard sau, mai bine, gamaglobuline specifice antirubeolă. Din 1966, în unele ţări, se administrează fetelor, de la pubertate, în toată perioada de fertilitate, vaccin cu virus viu atenuat.



* **Sindrom** = asociere de semne şi simptome, alcătuind un „tablou morbid caracteristic".

** **Congenital** = tulburarea aparentă sau latentă a nou-născutului—malformaţie, anomalie biochimică, boală — urmare a unui proces patologic indus de factori nocivi, în timpul vieţii intrauterine; tulburarea nu este implicit ereditară.

Este admis, la cerere, avortul terapeutic, la o gravidă care s-a îmbolnăvit de rubeolă în primele 3-4 luni de sarcină.

Sindromul cenuşiu, denumit şi **„colaps acut mortal"**, a fost descris din 1961, la nou-născuţi, mai ales prematuri, ale căror mame au consumat **Cloramfenicol,** în ultima perioadă a sarcinii. De asemenea, apare la nou-născuţi alăptaţi la sîn, ale căror mame consumă Cloramfenicol care, foarte uşor difuzibil, trece în laptele matern. Nounăscutul prezintă brusc balonare abdominală, refuză sînul, temperatură corporală foarte scăzută, respiraţie neregulată, pielea şi mucoasele se cianozează rapid (aspect de „cenuşă"), moartea putînd surveni chiar în cîteva ore. Poate supravieţui dacă de la primele simptome se suprimă Cloramfenicolul.

Profilaxie: gravida să nu consume Cloramfenicol, care este interzis şi pentru copilul din prima lună de viaţă, întrucît determină accidente grave. Dealtfel Cloramfenicolul — dată fiind marea lui toxicitate pentru măduva osoasă — nu este indicat nici la adulţi, nici la copii, decît în caz că microbul care a cauzat infecţia este sensibil numai la Cloramfenicol (se constată prin antibiogramă) şi, chiar în acest caz, numai dacă viaţa este în pericol.

Sindroame grave, postantibioterapie

Perturbări morfofuncţionale ale embrionului şi fătului pot să apară ca urmare a consumului, de către gravidă, şi a altor antibiotice şi chimioterapice. Anomaliile pot fi evidente la naştere sau ulterior. Astfel:

— **tetraciclinele** pot induce icter nuclear, foarte grav, deseori mortal; inhibă creşterea oaselor; pot produce îngălbenirea dinţilor care vor apărea;

— **aminoglicozidele** (Streptomicina, Kanamicina) pot induce surditate, atît la gravidă, cît şi la făt;

— **sulfamidele** pot antrena anemie hemolitică gravă, fiind contraindicate la gravidă şi în primele luni de viaţă ale nou-născutului;

— **acidul nalidixic** (Negram) poate determina anemie hemolitică gravă; rămîne contraindicat în primul trimestru de sarcină, înainte de naştere, la nou-născuţi şi la sugarii din primele 3 luni;

— **Biseptolul,** care poate să producă tulburări sanguine, este contraindicat în cursul sarcinii, în alăptarea la sîn, la sugari din primele 2 luni de viaţă.

Dar „lista" nu s-a sfîrşit...

Se poţ administra pe toată perioada de sarcină: Penicilină, Ampicilină, Eritromicină, care nu sînt nocive pentru embrion sau făt. Celelalte antibiotice vor fi folosite numai în caz de strictă necesitate, eventual şi pe bază de antibiogramă.

Iradierea cu raze Röntgen a gravidelor determină la embrion microcefalie, microoftalmie, tulburări de creştere. Concluzie: evitarea radiografiilor abdominale în primele 3-4 luni de sarcină, iar radioscopiile pulmonare necesare să fie înlocuite cu radiografie.

Sindromul alcoolic fetal. Consumul de băuturi alcoolice timp mai îndelungat (alcoolism cronic) şi în cantităţi mai mari, chiar

și bere, poate leza dezvoltarea somatică și a sistemului nervos al embrionului și fătului. La naștere se poate constata: dismaturitate (chiar dacă este născut la termen, are greutate mică); dismorfie facială (fante palpebrale mici; epicantus; baza nasului largă; micrognație prin hipoplazie maxilară cu bărbie mică; buza superioară subțire); perimetru cranian mic; anomalii cardiace; anomalii minore ale membrelor și ale unor articulații. Ulterior acești copii vor rămîne subdezvoltați staturo-ponderal și intelectual. Incidența sindromului variază de la țară la țară, în funcție de obiceiul gravidei de a consuma băuturi alcoolice.

Profilaxie: abținerea gravidei de a consuma băuturi alcoolice (prelungit și în cantitate mai mare).

Sindromul de înțărcare alcoolică a nou-născuților cu alcoolism fetal este impresionant! Dacă după naștere copilul viu primește alcool, la 6-12 ore apar: iritabilitate, tremurături, la care apoi se adaugă: convulsii, crize de întrerupere temporară a respirației, abdomen foarte destins, opistotonus (copilul, cu corpul încovoiat în pat, se sprijină numai pe călcîie și pe creștetul capului). Tulburările dispar după administrarea de Fenobarbital (luminal).

Această „înțărcare" constituie o nouă agresiune, suplimentară, pentru sistemul nervos central al copilului, compromis prin „alcoolizare" în uter.

Profilaxie: combaterea alcoolismului cronic la gravidă.

Sindromul fumătorului pasiv. Este dovedit pe baza observării a numeroși nou-născuți, că femeia care fumează mult în timpul sarcinii sau care — „nefumător afumat" — stă mult timp lîngă soțul ei „mare fumător", va naște un copil hipotrofic (subdezvoltat), șansa lui de mortalitate perinatală fiind crescută. După naștere, efectele inhalării, de către copil, de fum de la țigara aprinsă a mamei sau tatălui — mari fumători — se manifestă la nou-născut și ulterior, printr-o incidență crescută a îmbolnăvirilor respiratorii acute (rinofaringite, bronșite, bronhopneumonie). S-a mai constatat că foarte mulți dintre sugarii care prezintă „colici abdominle" — crize de agitație postprandială — au părinți „mari fumători".

Profilaxie: gravida să nu fumeze, să nu stea lîngă soț cînd acesta fumează, părinții să nu fumeze în camera copilului.

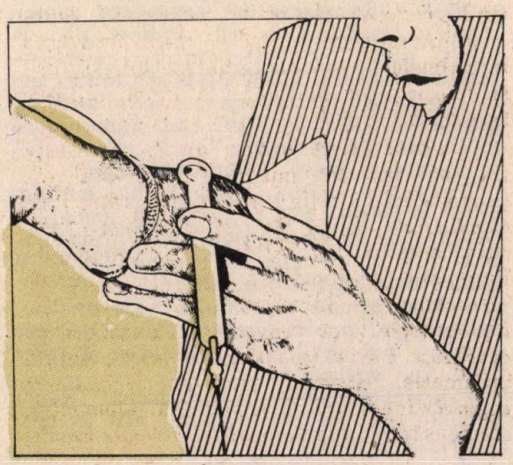
Embriopatia diabetică. Nou-născuții de mame diabetice (deși aflate sub tratament corect) sînt frecvent prematuri, cu malformații (craniene, faciale, oculare, scheletice, cardiace, renale ș.a.); adeseori sînt „umflați", avînd o greutate foarte mare — 5-6 kg, datorită retenției hidrosaline —, ceea ce împiedică nașterea normală. După naștere prezintă tulburări cardiorespiratorii — crize de oprire bruscă a respirației, cianoză, convulsii, moarte precoce.

Profilaxie: tratamentul diabetului matern, supravegherea permanentă a evoluției sarcinii, operație cezariană pentru a elimina riscurile nașterii, îngrijirea deosebită a nou-născutului.

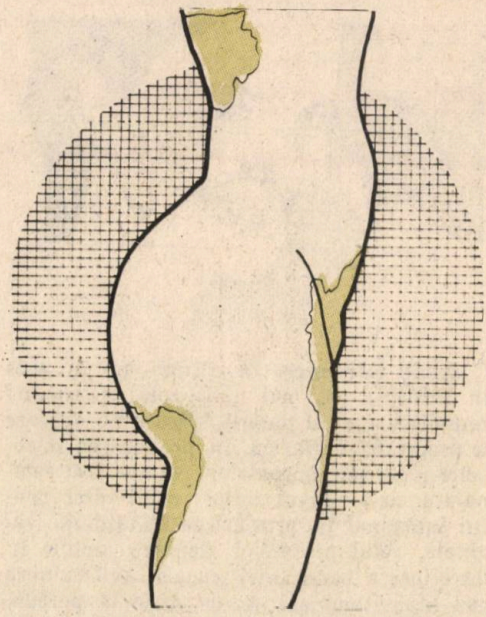
Alterarea creșterii fătului se observă frecvent la nou-născuți de gravide care, „îngrășîndu-se" mult în timpul sarcinii, consumă diuretice și un regim alimentar restrictiv. Acestea vor duce apoi, în anii următori, și la o reducere persistentă a taliei și greutății copilului.

Profilaxie: alimentația rațională a gravidei!

Conf. dr. doc. **V. PETRESCU-COMAN**



Factori care favorizează apariţia şi întreţinerea unor micoze ale pielii sau mucoaselor



dr. I. COJOCARU
Şeful Laboratorului de Micologie al Centrului Dermato-Venerologic, Bucureşti

După cum este cunoscut, pielea umană este expusă adeseori atacului unor agenţi nocivi. Între aceştia sînt şi unele ciuperci patogene. Bolile provocate de acestea sînt dermatomicozele şi pot atinge suprafaţa cutanată, pliurile, unghiile, părul (la copii) şi mucoasele. Frecvenţa lor este mult mai mare decît se bănuieşte în general.

Dacă despre unele tipuri de micoze am discutat în ediţiile „Almanahului Sănătăţii" din ultimii ani, acum dorim să prezentăm cititorilor unii din factorii ce determină sau favorizează apariţia şi întreţinerea unor localizări micotice pe piele sau pe mucoase.

Între factorii cei mai des incriminaţi sînt şi o serie de medicamente, unele din ele putînd provoca aşa-numite *manifestări iatrogene*. Acestea şi-au mărit mult frecvenţa în ultimele decenii, ca urmare a introducerii şi folosirii tot mai largi a unor mijloace terapeutice noi.

În ultimul sfert de veac au fost depistate tot mai frecvent micoze cutaneo-mucoase provocate şi întreţinute iatrogen, între care *Candidozele* ocupă un loc important. Apariţia acestor micoze se produce îndeosebi după cure prelungite şi repetate cu unele medicamente. Între acestea, *antibioticele antibacteriene* pot provoca unele cazuri de *candidoze bucale* (manifestate prin roşeaţă, inflamaţie, usturime, uscăciune), *candidoze vaginale* (cu scurgere abundentă, albicioasă, cremoasă, usturime, prurit), *balanite candidozice* (bolnavii prezentînd inflamaţie, roşeaţă, o secreţie cremoasă, usturime a organului genital masculin), *leziuni micotice în pliuri* (cu descuamaţie, maceraţie, fisuri, prurit).

Aceleaşi tipuri de leziuni pot fi determinate de folosirea prelungită a unor tratamente pe cale generală cu *cortizonice* (corticoterapie generală) sau cu *citostatice*, utilizate în terapia unor localizări canceroase.

Candidoze vaginale sau bucale observăm deseori şi după cure cu Metronidazol, utilizat în tratarea tricomonazei genitale. Frecvente candidoze bucale sînt întîlnite la persoanele ce folosesc frecvent *tranchilizante* (ex. Diazepam).

Un al doilea grup de factori favorizanţi îl constituie unele boli, dintre care, pe primul loc, se situează *diabetul zaharat*, care determină instalarea multor tipuri de micoze, dar mai ales pe cele bucale şi genitale. De aceea, cu cîteva decenii în urmă, leziunile candidozice genitale la bărbat erau numite „diabetide".

Alte boli ce favorizează producerea de micoze sînt: unele boli debilitante, cum ar fi cancerul, tuberculoza, unele boli ale sîngelui (hemopatii), boli endocrine, dintre care diabetul a mai fost amintit, diferite afecţiuni neuropsihice. La persoanele nevrotice am găsit, spre exemplu, o proporţie mai mare de candidoze bucale decît la celelalte persoane.

Studii întreprinse în ultimii ani au scos în evidenţă tot mai mult rolul deficitului imunitar, deci al puterii scăzute de apărare a propriului organism, în producerea micozelor pielii sau mucoaselor. Au mai fost semnalate, de-a lungul anilor: rolul rezervorului intestinal în provocarea candidozei vaginale, rolul protezelor dentare mobile în întreţinerea candidozei bucale, avitaminoze sau hipovitaminoza A, ce duce la perturbarea keratinizării normale şi la favorizarea invadării pielii de către ciupercile patogene. Transmiterea pe cale sexuală a candidozei genitale este posibilă, dar nu obligatorie.

Starea de *graviditate* este cunoscută ca avînd o mare influenţă asupra apariţiei vaginitei candidozice. Între 35—40% din gravide şi doar 7—15% din femeile negravide au fost găsite cu o candidoză vaginală. *Netratată, aceasta poate duce la contaminarea nou-născuţilor.*

În ultimii ani a fost studiată mai atent şi frecvenţa variatelor tipuri de micoze la *diferitele grupe de vîrstă*, constatîndu-se din ce în ce mai clar şi rolul factorului vîrstă. Aceasta se poate exemplifica cu faptul că, dacă incidenţa dermatomicozelor este în jur de 50% la cei examinaţi, avînd peste 20 de ani, ea ajunge la 80% la cei de peste 60 de ani. O situaţie apropiată de cea a vîrstnicilor o prezintă grupa de vîrstă 31—40 de ani.

Candidoza bucală este prezentă la aproape 1/4 din persoanele avînd sub 60 de ani şi la ceva mai mult de 1/2 la cei de peste 60 de ani, ajungînd la 70% la cei de peste 90 de ani.

Micozele inghinale sînt mai puţin frecvente la grupele de vîrstă pînă la 30 de ani şi mai numeroase după această vîrstă. Incidenţa lor este mai mult decît dublă după vîrsta de 60 de ani.

În ce priveşte micozele din *spaţiile interdigitale ale picioarelor* am constatat o incidenţă redusă pînă la vîrsta de 10 ani şi una medie între 11 şi 20 de ani. După 20 de ani frecvenţa, cu mici variaţii, este mare, între 40 şi 53% din cei examinaţi.

Dar, îndeosebi la micozele interdigitale ale picioarelor şi la cele din pliul inghinal pot interveni şi alţi factori care să le favorizeze apariţia sau să le întreţină. Între aceştia un loc însemnat îl ocupă *temperatura ridicată* şi *umezeala*, care fac ca un număr mare de muncitori care lucrează în condiţii de căldură sau de umiditate crescută să prezinte un procent superior de micoze ale picioarelor, comparativ cu alte persoane.

În întreprinderi mai sînt de luat în seamă şi posibilitatea contaminării *prin utilizarea duşurilor* şi *băilor comune*, dacă nu se face o dezinfecţie corespunzătoare, *purtarea cizmelor din cauciuc* şi uneori *schimbarea lor* etc. Un procent ridicat de micoze ale picioarelor am găsit la cei ce lucrează la băi publice, precum şi la înotătorii care practică acest sport zilnic în bazine de înot.

La persoanele care stau mult timp zilnic cu mîna în apă, îndeosebi cele cu ocupaţii menajere, pot apărea leziuni micotice în spaţiile interdigitale ale mîinilor sau la unghii şi în jurul unghiilor mîinii.

Micoze pe piele, îndeosebi pe faţă, membrele superioare, trunchi, întîlnim la unii îngrijitori de animale sau la cei ce lucrează cu animale de laborator. De asemenea, contaminarea se poate face şi de la unele animale de casă: pisici, cîini etc.

Un număr mult mai redus de cazuri se întîlneşte la cei ce vin în contact cu solul, mai ales cu ocazia unui traumatism, în sol găsindu-se şi unele ciuperci ce pot avea şi un rol patogen.

Dar contaminarea, mult mai uşoară, se poate face de la om la om. Astfel, copiii se pot molipsi între ei cu microsporii sau tricofiţii, îndeosebi ale pielii capului. De asemenea, membrii unei familii sau ai unei colectivităţi se pot contamina prin folosirea în comun a unor obiecte, prin băi, duşuri, WC-uri, prosoape etc.

Datele prezentate ilustrează frecvenţa foarte mare a micozelor pielii şi mucoaselor, cît şi multiplele posibilităţi de contaminare sau de favorizare a apariţiei şi apoi a întreţinerii acestor afecţiuni.

Înlăturarea factorilor favorizanţi posibili, concomitent cu aplicarea unui tratament corect, pot duce la vindecarea micozelor pielii sau mucoaselor.

CUGETĂRI paradoxale

De ce cînd vrei să te culci, te gîndeşti întotdeauna că trebuie să te... scoli?

Frica începe abia atunci cînd îţi pierzi... curajul.

Noaptea este un sfetnic bun, numai dacă nu poţi dormi.

Să nu pretinzi niciodată pisicii să te apere de... cîini.

Răbdarea poate face totuşi „scurt circuit", dacă nervii sînt supuşi la o.. .. „tensiune înaltă".

Minciuna este totuşi un adevăr ascuns.

Arta abstractă are menirea în primul rînd să te determine să faci abstracţie de... existenţa ei.

Un secret se poate păstra „în trei", cu condiţia ca a patra persoană să fie... mută sau surdă.

Cîinii preferă să muşte oamenii, numai pentru că nu reuşesc niciodată să-i mănînce în întregime...

Muza te ajută numai atunci cînd nu o sicîi cu prea multe întrebări.

Porcul nu poate zbura, chiar dacă face cură de slăbire.

TITEL CANACHE

PĂCĂLELI din lumea animalelor

— Cînd preaflămîndul greiere ajunse la uşa casei unei furnici, care îl invitase la masă, citi, cu stupoare, inscripţia: „Închis pentru inventar".

— Dorind cu orice preţ să facă un „schimb de locuinţă", broasca ţestoasă întreabă o scoică dacă oferă casa şi cu ceva... „mobilă".

— Gingaşa nevăstuică reuşi o dată să cucerească chiar un... „ţap logodit".

— La angajarea sa ca paznic la o stupină, ursul a fost întrebat mai întîi dacă este vaccinat împotriva... veninului de albină.

— Şarpele a fost condamnat să se transforme în poşetă şi pantofi numai după păcăleala trasă lui Adam şi Evei...

— Un papagal naiv a reuşit să se păcălească singur, vopsindu-se ca o... cioară.

— Modesta girafă a promis că se va căsători cu primul pretendent care îi va împodobi gîtul cu... coliere.

TITEL CANACHE

PNEUMOPATIILE cu virus sau de tip viral

Pneumopatiile cu virus sau de tip viral sînt infecţii acute nesupurative ale aparatului bronhopulmonar, provocate de numeroase virusuri sau microorganisme înrudite cu acestea, şi au în general o evoluţie benignă. În trecut multe dintre formele de boală din această categorie erau înregistrate sub denumirea de „congestie pulmonară". În prezent sînt mai bine cunoscute şi tot mai des consemnate, pe măsură ce infecţiile determinate de microbi se reduc, sub influenţa tratamentelor cu antibiotice, aplicate pe scară largă.

Pneumopatiile de tipul menţionat au caracter contagios, sînt observate mai frecvent la tineri şi copii, mai grave la bătrîni şi pot apărea uneori izolat, sporadic, alteori se extind sub formă de epidemii, afectînd o bună parte din masa populaţiei de toate vîrstele.

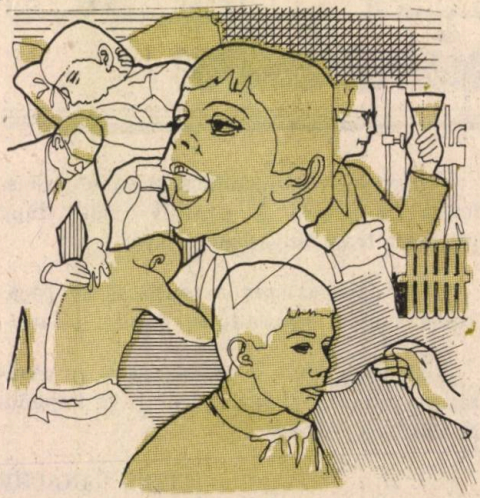
Marea varietate de germeni care se localizează de preferinţă la nivelul aparatului respirator şi ale căror manifestări clinice sînt descrise deseori prin termenul generic de „stare gripală" generează două mari grupe:

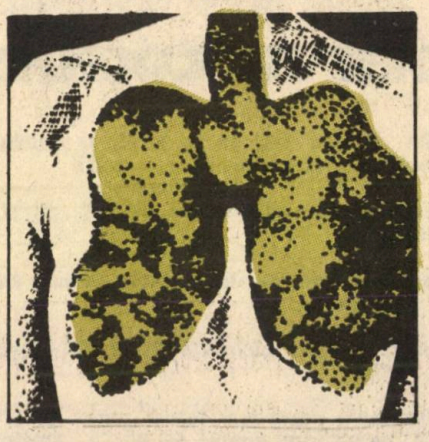
— *pneumopatii cu virusuri propriu-zise* (veritabile), care nu sînt sensibile la antibiotice (v. gripale-influenţa-tip A şi B, v. paragripale-parainfluenţa, pneumovirus sau v. sincitial respirator, adenovirus, rhinovirus şi altele mai rar întîlnite);

— *pneumopatii cu microorganisme intermediare între virus şi bacterie (Mycoplasma pneumoniae*, v. ornitozei şi psitacozei, *rickettsii)*.

Cîteva date particulare despre fiecare din aceste stări patologice înlesneşte cunoaşterea lor.

Din prima grupă, *pneumopatii cu virus propriu-zis*, menţionăm:





Gripele, care deţin cea mai mare proporţie din virozele respiratorii (40—60% la adult) cu virus A, descoperit în marile epidemii, şi virus B, în infecţii limitate, sezoniere, apar cu localizări pulmonare mai frecvent la persoane debilitate, fumători, alcoolici, foşti bolnavi de tuberculoză, suferinzi de bronşită sau astm şi cu forme mai grave la copii şi vîrstnici cu rezistenţa generală a organismului scăzută. Transmiterea virusului se face pe cale aerogenă directă, de la omul bolnav la cel sănătos, şi demonstrează importanţa măsurilor de izolare, atît în familie, cît — mai ales — în colectivităţi.

Pneumopatia gripală se poate instala progresiv, lent, cu catar nazal (guturai), iritaţie faringiană sau inflamaţia amigdalelor, temperatură moderat ridicată — 37°-38° —, senzaţie de oboseală; de cele mai multe ori, însă, debutul bolii este acut, cu febră pînă la 39°, însoţită sau nu de senzaţie de frig (frisoane), tuse uscată frecventă, dureri toracice, dureri de cap (cefalee), dureri musculare (mialgii). După cîteva zile bolnavul expectorează secreţii sero-mucoase, în cantitate redusă, uneori cu striuri de sînge. La examenul efectuat, medicul constată modificări ale respiraţiei, iar investigaţia radiologică evidenţiază o mare diversitate de imagini care pot fi confundate cu alte boli. Datorită varietăţii manifestărilor clinice şi radiologice, boala se poate prezenta sub forme diferite: în unele cazuri sub o formă uşoară, cu vindecare în 5—7 zile, alteori sub o formă mai gravă, cu temperatură ridicată şi prelungită, care pune problema asocierii unei infecţii microbiene şi, în sfîrşit, sub forme foarte severe, cu stare generală alterată, ce apar în cursul epidemiilor cu mare extindere, fiind însoţite de insuficienţă respiratorie, complicaţii ca: larin-

gita, bronhopneumonia, meningita, pleurezia, tulburări cardiovasculare etc. Uneori pot sfîrși prin deces.

În afara virusurilor gripale, pentru aria noastră geografică mai prezintă interes următoarele:

— *virusurile paragripale*, mai rare la adulți decît la copii, provoacă în primii ani de viață forme de boală gravă, cu fenomene de laringotraheită și inflamații ale bronșiilor mici, cu stări de sufocație, iar la persoane în vîrstă, simptome de bronhopneumonie și uneori agravarea celor care suferă de bronșită cronică;

— *adenovirozele*, mai des întîlnite la copii, adolescenți, tineri recruți, pot declanșa mici epidemii în colectivități, cu inflamații rinofaringiene și prinderea ganglionilor din regiunea cervicală, dureri abdominale; la copiii mici pot interveni și complicații foarte grave — miocardice, gastrointestinale sau renale;

— *pneumovirozele* cu v. sincițial respirator, rare la adulți, apar de obicei sub formă de epidemii în colectivități de copii mici și sugari, în special în sezonul rece, și au o evoluție mai gravă la vîrstele mici și la bătrîni;

— *virozele cu rinovirus*, avînd numeroase tipuri, sînt responsabile de coriză (guturai) și de manifestări bronhopulmonare asemănătoare gripei, atît la adult, cît și la copil.

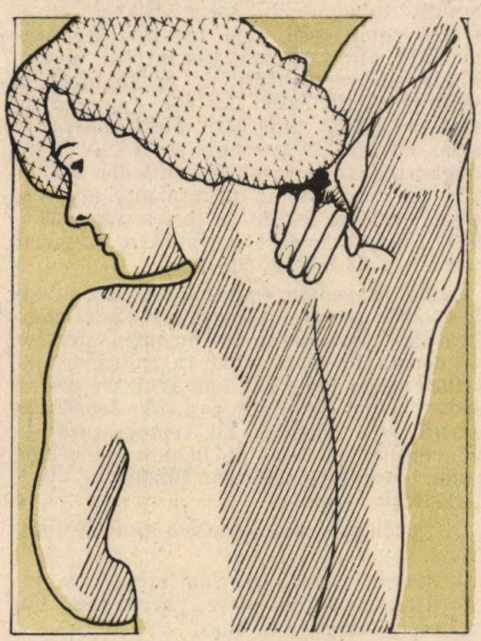
Din cea de a doua grupă, *pneumopatii de tip viral*, provocate de microbacterii și organisme cu caracter în același timp de virus și care, spre deosebire de virusurile propriuzise, pot fi tratate cu unele antibiotice, au fost descrise:

— *pneumonia cu Mycoplasma pneumoniae*, cea mai frecventă după determinările pulmonare ale gripei, mai des consemnată la adolescent, tînărul adult și la bătrîni. Apariția bolii este favorizată de frig, debilitate, teren sensibil la cei care au suferit de tuberculoză, bronșită etc. Transmiterea se face mai ușor în aglomerări umane, iar complicațiile posibile sînt hemoptizia, sinuzita, otita, supurația pulmonară, pleurezia;

— *pneumopatia tip ornitoză și psitacoză* are ca rezervor de virus numeroase specii de păsări — porumbei, turturele, canari, papagali, găini, rațe, curcani etc. — contaminarea omului făcîndu-se nu numai pe cale respiratorie, ci și prin piele, pe cale digestivă sau oculară. Sursa de îmbolnăvire fiind păsările, boala poate avea, în unele crescătorii, și un caracter profesional. Simptomele clinice pot fi severe, cu febră pînă la 40°, prelungită cîteva săptămîni, cu hemoragii nazale, inflamația unor ganglioni periferici, tulburări digestive, iar la persoane în vîrstă risc mai crescut de tromboflebită și deces;

— *pneumopatia cu rickettsii*, cunoscută sub diferite denumiri, cea mai des folosită fiind cea de *febra Q*, după regiunea Queensland, din Australia, unde a fost descrisă pentru prima oară de Burnet, de unde și numele virusului de *Rickettsia burnetii*. De la oi, capre, bovine, care reprezintă gazda intermediară, virusul poate fi transmis la om de căpuși; contaminarea se face pe diferite căi, prin inhalarea de praf conținînd excrete uscate de căpuși sau prin manipularea de piei de animale sau carne contaminată. În aceste condiții maladia apare adesea ca o boală profesională la veterinari, îngrijitori de animale, lucrători din abatoare sau fabrici de conserve din carne.

Medicul practician, cunoscînd datele clinice și radiologice ale acestor afecțiuni, cu anumite particularități pentru unele din ele, va putea stabili diagnosticul pe baza a diferite reacții în sînge și pe descoperirea în produsele infectate (spută, secreții nazale,



exsudat faringian sau lichid pleural) a germenului cauzal, răspunzător de boală. Totodată, avînd la dispoziție diverse mijloace de laborator și tehnici de investigație, va putea evita confuzia acestor pneumopatii virale cu alte afecțiuni bronhopulmonare produse de microbi, cu tuberculoza pulmonară, cu boli provocate de ciuperci sau chiar cu cancerul pulmonar.

Evoluția pneumopatiilor virale și de tip viral este în marea majoritate a cazurilor favorabilă, cu dispariția manifestărilor clinice în 5—10 zile, în timp ce modificările radiologice pot persista chiar 3—4 săptămîni pînă la ștergerea lor completă. Uneori însă pot interveni numeroși factori: vîrsta (copii și bătrîni), teren (rezistența scăzută a organismului), alte boli asociate (bronșită cronică, tuberculoză, astm, diabet etc.), diverse complicații deja menționate, care amenință serios viitorul pacientului, determinînd agravarea stării de boală, pînă la pierderea vieții; astfel, în mari epidemii de gripă cu virus puternic, mortalitatea a variat între 2—20%, numai în S.U.A. fiind înregistrate, în perioada de gripă din 1957—1958 cu virus A, de proveniență asiatică, peste 70 000 de decese, iar în cea din 1968—1969, tot o asemenea variantă a provocat moartea a 33 000 de persoane.

Avînd în vedere contagiozitatea lor, tabloul clinic pe care-l provoacă și riscul complicațiilor agravante, tratamentul acestor boli constă, în primul rînd, în aplicarea măsurilor igieno-dietetice: bolnavul va păstra repaus la pat pe toată perioada febrilă, în cameră bine aerisită, cu temperatură de 20°, consum suficient de lichide (sucuri de fructe, ceaiuri pectorale, limonade etc.), alimentație ușoară.

Ca medicație simptomatică pot fi folosite:

— pentru dezinfecție rino-faringiană: instilații nazale decongestive, gargarisme, Faringosept (tabletele se sug);

— pentru combaterea febrei: Aspirină, Piramidon tablete sau soluție 2%, Paracetamol, tablete sau supozitoare;

— calmante ale tusei (Codenal, Calmotusin) sau preparate pentru a ușura eliminarea secrețiilor (Bromhexin, Trecid, tablete și siropuri expectorante);

— vitamine protectoare A și C, tonice generale.

Dacă fenomenele nu cedează în cîteva zile sau chiar se accentuează, evocînd posibilitatea unor complicații sau suprainfecție microbiană, se va apela la medic dacă aceasta nu s-a făcut de la început.

În formele care necesită spitalizare, bolnavul poate beneficia, în funcție de gravitatea cazului, de medicație bronhodilatatoare și chiar administrare de oxigen pentru ameliorarea respirației, tonicardiace pentru susținerea activității inimii, preparate cortizonice, oral sau în perfuzie intravenoasă, în stările care presupun leziuni inflamatorii importante.

În ceea ce privește antibioticele, trebuie știut că Penicilina și sulfamidele nu au efect asupra nici unuia dintre germenii descriși, în timp ce unele produse ca Tetraciclina sau Eritromicina, ineficiente asupra virozelor veritabile (gripă, adenovirus etc.), acționează evident în pneumopatiile de tip viral (cu *Mycoplasma*, virusul ornitozei și rickettsii). Și totuși, în practică, în anumite situații — bătrîni cu rezistență scăzută, persoane care au suferit în trecut de alte afecțiuni pulmonare, alcoolici sau mari fumători, diabetici etc. cu risc crescut de a face complicații, dar mai ales atunci cînd semnele clinice se agravează, anunțînd o eventuală suprainfecție cu microbi și delimitarea între cele două procese este greu de precizat —, medicul nu mai poate aștepta și instituie tratament antibiotic protector chiar în virozele prôpriu-zise. În formele deja asociate de pneumopatie virală și bacteriană, cu simptome moderate, se administrează, de regulă, sistematic, Tetraciclină sau Eritromicină, uneori Vibramicină. În cazurile cu manifestări mai severe și în special la vîrstnici, în cursul epidemiilor de gripă, pot fi utile Ampicilina sau Oxacilina, cu sau fără Biseptol, toate în doze uzuale. Tratamentul antibiotic va fi suspendat numai după cîteva zile de la dispariția semnelor clinice și, în primul rînd, a temperaturii.

Profilaxia (prevenirea) pneumopatiilor cu virus și de tip viral este variată și cu numeroase indicații. Astfel:

— copiii mici și bătrînii vor evita, pe cît posibil, intemperiile sezonului rece, frigul și umezeala;

— toate persoanele care prezintă factori de risc și chiar cele sănătoase vor evita, în perioadele cînd apar cazuri de gripă, aglomerări umane de orice fel (transport în comun, săli de spectacole, servicii cu mare circulație);

— devine utilă, după caz, dezinfecţia nazo-faringiană, iar pentru cei debilitaţi, tonice generale şi vitaminoterapie;

— în ornitoză se impune declararea îmbolnăvirilor la păsări şi eradicarea rezervorului infectant, dezinsecţie curentă în creşcătorii, carantină pentru păsări importate (papagali, canari);

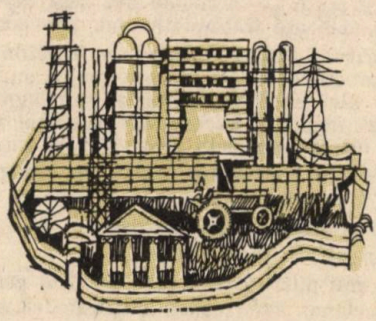
— în rikettsioze, control sanitar veterinar al tuturor animalelor purtătoare de căpuşi, ce pot vehicula agentul patogen;

— în ambele afecţiuni, măsuri educativ-sanitare pentru lucrătorii din aceste sectoare zootehnice.

În ceea ce priveşte pneumopatiile cu virusuri veritabile şi în special gripele (îndeosebi cu virus A, mai puternic), deoarece pentru combaterea acestora nu dispunem de nici o medicaţie cu adevărat activă, măsurile generale de profilaxie menţionate trebuie să fie aplicate cu toată rigurozitatea. Pe alt plan, în timp ce administrarea de gamaglobuline (la copii) sau vaccinuri polimicrobiene (Polidin, Bronhodin, Aerodin) stimulează factorii de apărare şi cresc rezistenţa organismului faţă de infecţiile ce ar putea surveni, pregătind terenul pentru instalarea virozei, adevărata protecţie o asigură vaccinarea antigripală specifică. Eforturile de a preveni sau controla gripa urmăresc a proteja persoanele cu risc crescut de a se îmbolnăvi grav sau chiar de a sucomba, iar durata limitată a protecţiei conferite de vaccinurile antigripale şi absenţa complicaţiilor grave la adultul viguros explică de ce vaccinarea întregii populaţii nu este obligatorie. Vaccinarea anuală, în anumite situaţii repetată, este recomandabilă la copii de toate vîrstele şi la persoane peste 65 de ani, în special la cei care suferă de cardiopatii, afecţiuni bronhopulmonare cronice (bronşită, emfizem, astm, bronşiectazie, tuberculoză), boli renale cronice, diabet zaharat sau pentru lucrătorii care asigură servicii indispensabile în colectivităţi şi vin în contact cu un numeros public. În afara vaccinărilor individuale efectuate cazurilor cu risc crescut selecţionate de medic, în epidemiile cu mare extindere trebuie protejate cît mai multe persoane contra virusului incriminat. În lipsa unui tratament curativ antiviral, vaccinarea antigripală pe cale orală sau nazală, bine suportată, cu foarte rare reacţii adverse (accesiune termică, mialgii, uşoară cefalee), rămîne mijlocul cel mai sigur de profilaxie (apărare), chiar dacă numai pentru o perioadă limitată, reducînd rezervorul de virus şi riscul îmbolnăvirii de gripă, boală care, în aparenţă uşoară, poate face numeroase victime, în epidemii cu forme de virulenţă crescută.

Dr. G. Unteanu
Medic primar

Aici să fim



În acest pămînt,
De vremuri viscolit,
De furtuni şi ger
Bîntuit,
„Aici să fim!"
Rădăcini adînci
Înfipte în secoli
Trainici ca munţii,
Senini ca marele cer...
Buni ca pămîntul...
Să curgem statornic
În aceleaşi albii de ape,
De strămoşii
Din morminte aproape...
Să creştem în soare
Şi primăvară
Cu grîu...
Să fim cuvînt şi pîine,
Trăinicind mereu
Rotunde hotare
Şi ziua de mîine
Împletiţi în viaţă şi moarte
„Aici să fim!"

Elena Leonora Frugină

PRURITUL : de la simptom la boală

Conf. dr. Al. Bădănoiu

Clinica dermatologică, Facultatea de Medicină a Universității din Craiova

Senzațiile pe care le mijlocește organul cutanat sînt din cele mai diverse. Prin intermediul terminațiilor nervoase din piele iau naștere senzațiile de căldură sau frig, de presiune, de frecare, de umezeală sau de uscăciune etc. Același punct de plecare îl au și acelea de arsură, de înțepătură sau ciupire, într-un cuvînt, cele aparținînd categoriei de senzații dureroase.

În materie de comportare normală sau patologică a pielii rămîne, însă, specifică și semnificativă, o senzație particulară — *pruritul* sau *mîncărimea*.

Deși oarecum înrudit cu durerea, pruritul se deosebește de aceasta nu numai prin trăsături clinice bine definite, cum ar fi aceea de a atrage, în mod imperios, nevoia scărpinatului, ci și printr-un număr de caractere biologice privind, de pildă, numărul terminațiilor nervoase excitate, căile nervoase de conducere de la periferie la centru, influențarea prin diverse medicamente etc., toate acestea fiind de un anumit fel pentru durere și de alt fel pentru prurit.

Fiind vorba aci de o senzație care, deși comună, poate căpăta uneori semnificațiile unor semne de boală, ne propunem, în cele ce urmează, să aducem cîteva lămuriri.

Mîncărimi fără valențe patologice

Nu rareori, după purtarea unei îmbrăcăminți mai strînse sau a unor pantofi mai strîmți, ori pe locul unde a fost așezată o cingătoare sau o jartieră mai strîns legată, pot să survină mîncărimi, mai ales după dezbrăcare, fără ca acestea să aibă vreun caracter patologic.

De asemenea, atunci cînd venim de la frig și intrăm într-o încăpere caldă, poate să apară pruritul, pe părțile descoperite; același lucru se poate petrece și după expuneri exagerate la soare.

Nu sînt neobișnuite nici mîncărimile pe care le încearcă unele persoane care au obiceiul — nerecomandabil — fie să-și „biciuiască" pielea cu dușuri prea fierbinți sau prea reci, fie să se frece, în mod exagerat, cu săpun în timpul băii sau cu prosopul, după baie.

Așa fiind, se înțelege că simpla evitare a circumstanțelor evocate va fi de natură să conducă la dispariția pruritului.

Pruritul — semn de suferință cutanată

Deosebit însă de împrejurările în care mîncărimea rămîne — așa cum spuneam — o senzație comună, trebuie reținute acele condiții în care pruritul constituie semnul revelator de boală; vorbim atunci de prurit-simptom.

Uneori mîncărimile rămîn cantonate la un teritoriu cutanat bine delimitat, circumstanță cunoscută sub numele de *prurit localizat*. Astfel se petrec lucrurile în cazul contactului cu diverse substanțe iritante sau sensibilizante, determinînd așa-numitele *dermite de contact*. Este de la sine înțeles că în atare împrejurări vor exista, alături de prurit, și niște modificări ale pielii, cum ar fi, de pildă, roșeața locală.

Printre factorii capabili să producă asemenea alterații citățm unele medicamente ca, de exemplu, pomezile sau colirul cu sulfamide, unele cosmetice (farduri, parfumuri și, nu rareori, deodorantele), proceduri fizioterapice (ionizări, diadinamice, diatermie ș.a.), precum și chimicale din cele mai diverse, utilizate întîmplător sau profesional.

Pruritul localizat mai poate fi întîlnit și în alte condiții. Astfel, mîncărimi supărătoare ale plicilor inghinale sau inghinocrurale însoțesc micoze ale acestor zone, adică infecții ale pielii provocate de ciuperci patogene — *dermatofiți* sau levuri din genul *Candida*. Același lucru se poate petrece și în spațiile dintre degetele picioarelor, iar la femei, în plicile submamare.

Nu mai puțin jenant este pruritul anal și/sau perianal. În această localizare el poate fi legat de existența hemoroizilor, de inflamații ale mucoasei anale sau rectale, de o enterocolită, de parazitoze intestinale, de o candidoză sau epidermofiție cu asemenea topografie, de o prostatită (la bărbați) ș.a.

Tot atît de supărător poate fi *pruritul genital* și *perigenital*. La femei mîncărimile în cauză pot fi semnul unei vaginite cu *Trichomonas* sau cu *Candida*, ori cu diverși germeni bacterieni, infecția vaginală provocînd iritații inflamatorii pruriginoase. La persoanele aflate în apropiere sau la menopauză trebuie avute în vedere și modificările hormonale proprii acestei perioade. Mai adăugăm aci și pruritul legat de o involuție a mucoasei și tegumentelor genitale și perigenitale, stare cunoscută ca *lichen sclero-atrofic* (numită înainte și *craurozis vulvar*).

La bărbați pruritul genital se înscrie în simptomatologia subiectivă fie a unei uretrite subacute sau cronice, de cele mai diverse cauze (bacteriene, virale, trichomonazice etc.), fie a papiloamelor genitale (vegetații veneriene), fie a balanopostitelor (inflamații cel mai adesea infecțioase — bacteriene dar și candidozice — ale mucoasei glandului, prepuțului și șanțului balano-prepuțial, cele candidozice fiind adesea în legătură cu un diabet ignorat). Menționăm că și la bărbat, după vîrsta de 50 de ani, se pot ivi modificările pruriginoase de lichen sclero-atrofic cu topografie prepuțială.

Deosebit de cele arătate, prurite localizate mai ales pe ceafă, pe fețele interne ale coapselor, pe fețele laterale ale gambelor sînt apanajul unor anumite forme de eczemă circumscrisă, denumite *neurodermite*.

În opoziție cu mîncărimile interesînd un teritoriu cutanat anume, *pruritul generalizat* atinge practic întreaga suprafață a pielii, el putînd fi continuu sau „în accese", survenind în cursul zilei sau numai spre seară ori în timpul nopții, de mare intensitate sau moderat, semnul cel mai evident al acestuia fiind zgîrieturile provocate de scărpinat.

Circumstanțele de apariție a pruritului generalizat sînt din cele mai variate.

Asemenea mîncărimi însoțesc mai întotdeauna erupțiile cutanate alergice, uneori ele constituind cele mai precoce manifestări de sensibilizare, de unde și denumirea de „efect minim alergic" ce li s-a mai atribuit. Așa se petrec lucrurile în urticarie, eczeme, prurigo-uri etc.

Subliniem că la persoanele prezentînd o anumită predispoziție pentru eczeme, stare cunoscută ca atopie, există o adevărată diateză prurigenă, ceea ce face ca excitații din cele mai neînsemnate să provoace declanșarea mîncărimilor.

Alteori pruritul generalizat însoțește dermatozele provocate de paraziți, cum sînt *pediculoza corporală* și *scabia*, în acest din urmă caz el fiind mai accentuat seara și peste noapte.

Trebuie să precizăm însă că, în afara mîncărimilor însoțind afecțiuni ale pielii, există cazuri în care pruritul și consecințele scărpinatului rămîn singurele manifestări clinice, motiv pentru care se vorbea înainte vreme de „prurite esențiale" sau „autotoxice".

Grație cercetărilor întreprinse în anii din urmă s-a putut stabili că mîncărimi de acest fel au drept substrat:

— tulburări metabolice, cum ar fi diabetul manifest sau numai biochimic;

— creșterea ureei sau a acidului uric în sînge;

— suferințele ficatului, mergînd de la mica insuficiență hepatică, pînă la hepatita cronică agresivă și la ciroza hepatică;

— insuficiența renală cronică;

— boli de sînge, ca leucemii, boala Hodgkin ș.a.;

— disfuncții ale glandelor cu secreție internă;

— tulburări nervoase;

— neoplazii ale organelor interne (așa-numitele „prurite paraneoplazice", mai frecvente la vîrstnici).

În sfîrșit, mai amintim aci și mîncărimile legate de involuția organismului la bătrîni, de unde și apelativul de „prurit senil", ce li s-a mai atribuit.

* * *

Din cele spuse se desprinde caracterul multifactorial al prurigenezei, fapt care conduce la concluzia practică, potrivit căreia existența unor mîncărimi care se repetă sau devin supărătoare face necesară examinarea medicală, în vederea precizării naturii lor și a instituirii unei medicații corespunzătoare.

Un moment aniversar

Cineva scrisese, în urmă cu cîţiva ani, despre „veşnic tînăra aspirină", relevînd noile virtuţi terapeutice ale acestui vechi medicament.

Putem vorbi şi noi despre „veşnic tînăra nitroglicerină", ale cărei valenţe s-au diversificat în terapia, în special, a bolilor cardiovasculare.

Se vorbeşte, pe drept cuvînt, că perenitatea unui agent terapeutic dovedeşte eficacitatea. Pot fi amintite aici digitala, chinidina şi alte medicamente, care nu au fost scoase — deşi se cunosc de ani de zile — din terapia medicamentoasă cotidiană.

Nitroglicerina a împlinit anul trecut „venerabila" vîrstă de 140 de ani. Într-adevăr, sintetizarea ei a fost făcută de Sobrero, în anul 1846.

Calităţile antianginoase ale acestei substanţe au fost însă descrise în 1879, de către Murrel, care a demonstrat eficacitatea ei în administrare sublinguală, în tratamentul curativ al crizei de angină pectorală şi acţiunea ei preventivă atunci cînd este utilizată înaintea efortului sau al altor condiţii, cunoscute de bolnavi, ca precipitînd apariţia durerii precordiale (emoţii, mese mai copioase etc.).

Cîteva generalităţi

Trebuie insistat asupra faptului că nitroglicerina acţionează rapid, la 1,5—2 minute de la aplicarea ei sub limbă, şi că acţiunea ei este de scurtă durată — 10—15 minute. Durata unei crize anginoase poate să fie foarte scurtă şi de multe ori nu ştim dacă durerea a cedat spontan sau a fost efectul administrării medicamentului. Durerea de cap pe care o produce (de intensităţi variabile şi prezentă în special la începutul folosirii ei) este un indiciu că nitroglicerina a fost absorbită şi este eficace.

Lucrul acesta trebuie ştiut, pentru că nitroglicerina, prin conservare îndelungată şi expunere la lumină, îşi pierde proprietăţile şi deci eficacitatea. De aici necesitatea de a fi păstrată ferită de lumină şi de a nu fi folosită dacă este veche.

Un vechi anginos trebuie să poarte permanent asupra lui acest medicament, pentru a-l folosi ori de cîte ori este nevoie.

Există, printre unii bolnavi, ideea că nu se poate abuza de nitroglicerină şi nu rareori întîlnim anginoşi care refuză să ia medicamentul, pentru a nu crea „obişnuinţă" la el, pentru a se pune la adăpost de anumite efecte toxice ale acestuia.

Deşi exista un vechi autor care susţinea că nitroglicerina nu trebuie folosită, mai ales profilactic, pentru motivul că ea ar constitui un „far" care ne anunţă iminenţă, posibilă, izbire de moarte, la ora actuală se recomandă folosirea, fără reţineri, a acestui medicament.

Un bolnav poate să „consume" 20—30 de tablete pe zi, fără frică, pentru că nu se produc efecte secundare şi pentru simplul motiv că acţiunea nitroglicerinei este de scurtă durată, ea fiind inactivată de ficat şi de sucurile digestive.

Evident, numărul tabletelor folosite nu este lipsit de importanţă pentru apreçierea evoluţiei unei angine pectorale. Dacă un bolnav simte nevoia creşterii numărului de tablete, înseamnă că boala s-a agravat.

Sînt unii bolnavi care de la începutul bolii simt nevoia de a întrebuinţa mai multe comprimate, după cum există bolnavi care nu mai fac accese anginoase, dar acestea reapar, necesitînd un număr sporit de tablete. În aceste cazuri se poate vorbi de un *angor instabil* (iminenţă de infarct, sindrom intermediar sau preinfarct), internarea bolnavilor în spital fiind o necesitate imperioasă şi imediată.

Dacă durerea unui anginos nu cedează în cîteva minute de la administrarea sublinguală a nitroglicerinei şi ea persistă mai mult de 20—30 de minute, se ridică suspiciunea unui infarct miocardic şi bolnavul trebuie transportat, cu menajamente, la spital.

Uneori nitroglicerina poate fi recomandată ca test pentru diagnosticul unei angine pectorale, mai ales la bolnavii la care nu există modificări electrocardiografice (să nu uităm că într-o proporţie care merge pînă la 50% din cazuri, angina pectorală poate să nu aibă modificări electrocardiografice în repaus).

Dacă în 5—7 minute de la administrarea ei durerea nu dispare, cu multă probabilitate durerea precordială nu este expresia unei cardiopatii ischemice și trebuie căutate alte cauze care pot produce această durere (pericardită, hernie hiatală, fisură costală etc.).

Numărul tabletelor de nitroglicerină folosite pentru dispariția durerii anginoase constituie și un criteriu de eficacitate a unor medicamente. Cu cît numărul de tablete folosite este mai mic, cu atît medicamentul este mai eficace.

Noile valențe ale nitroglicerinei...

Inconvenientul folosirii tabletelor obișnuite de nitroglicerină constă în efectul de scurtă durată al lor. De aici au pornit cercetările avînd ca scop obținerea unor preparate cu acțiune mai îndelungată.

Cercetările efectuate au urmat două căi:

— obținerea de nitroglicerină, fără să i se modifice formula chimică, sub forma unor gelule conținînd microgranule cronodializate, care își elimină treptat substanța activă; aceste gelule sînt active cel puțin opt ore;

— modificarea moleculei trinitrinei, obținîndu-se derivați radicali NO_2, ca: tetranitratul de eritritil, tetranitratul de pentaeritritil, isosorbid dinitratul etc.; preparatele sînt comercializate sub diferite denumiri (Isoket, Pentalong, Maycor, Dilcoran etc.) și acțiunea lor durează 3—4 ore.

Acțiunea nitroglicerinei este azi mai bine cunoscută: ea favorizează o scădere a presiunii de umplere a ventriculului stîng (ceea ce noi numim o scădere a „presarcinii") prin dilatarea sistemului venos, dar și o scădere a rezistenței la golire a inimii (a „postsarcinii", cum se numește în medicină) prin vasodilatare în sectorul arterial, prin scăderea tensiunii arteriale.

Astăzi, pe lîngă modalitatea clasică sublinguală sau cea orală (prin înghițire, ca în cazul Pentalong-ului, Isoket-ului etc.) dispunem de posibilitatea de a administra nitroglicerina pe mai multe căi.

Astfel, ea poate fi administrată prin spray, în gură, cu efecte bune și rapide, pe piele. Administrarea locală se face fie cu ajutorul unui plasture rotund (preparatele Nitrodur, Nitro-disc etc.), conținînd nitroglicerină, care se absoarbe treptat și are o acțiune de circa 24 de ore.

Din 1969 s-au comunicat rezultatele aplicării nitroglicerinei pe cale intravenoasă, sub formă de perfuzie.

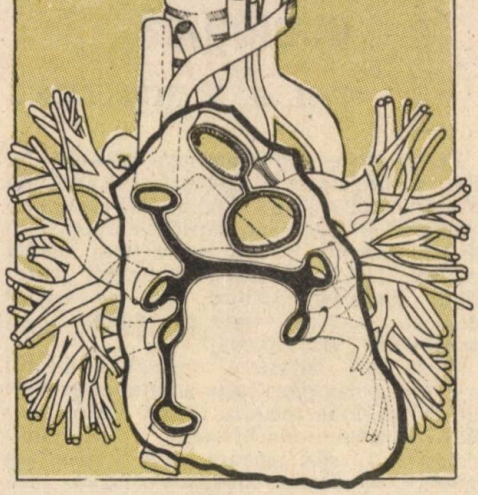
Există o serie întreagă de preparate străine (Nitrolingual, Tridil, Nitro-Bit etc.), dar trebuie să precizăm că există și o nitroglicerină românească, la fel de eficace. Noi am făcut un studiu comparativ între preparatul Nitrolingual (R.F.G.) și cel românesc și nu am constatat absolut nici o diferență în privința eficacității.

Este bine de precizat că nitroglicerina în perfuzie nu se poate administra decît în spital, în condițiile unei urmăriri continue a bolnavului (în special pulsul și, mai ales, tensiunea arterială).

Pe lîngă acțiunea generală (pe sistemul vascular) se pare că nitroglicerina are și o acțiune locală, la nivelul inimii. Ea dilată trunchiurile mari coronariene de la suprafața inimii și dirijează fluxul sanguin spre zonele subendocardice, care suferă primele și în principal de o cantitate insuficientă de sînge (coronarele fiind strîmtate și anumite zone miocardice fiind irigate insuficient, adică fiind ischemice). Urmărirea tensiunii arteriale (maxime, medii și minime) o facem cu un aparat electronic care ne afișează, în permanență, în cifre, pe un ecran, valorile ei, alături de valorile pulsului. Un astfel de aparat a fost construit și de industria electronică românească (la Timișoara). În funcție de valorile tensiunii arteriale se poate regla rata administrării nitroglicerinei (adică numărul de picături pe minut).

Indicațiile administrării intravenoase a nitroglicerinei s-au codificat azi destul de bine. Există o asociație internațională care autorizează folosirea alimentelor și medicamentelor care a stabilit că medicamentul, sub această formă, poate fi folosit în: angina instabilă, infarctul miocardic acut— în special complicat cu insuficiență cardiacă congestivă — controlul presiunii arteriale înaintea, în timpul și după intervenția chirurgicală pe coronare *(bypass*-ul aorto-coronarian), hipotensiunea controlată în neurochirurgie și ortopedie.

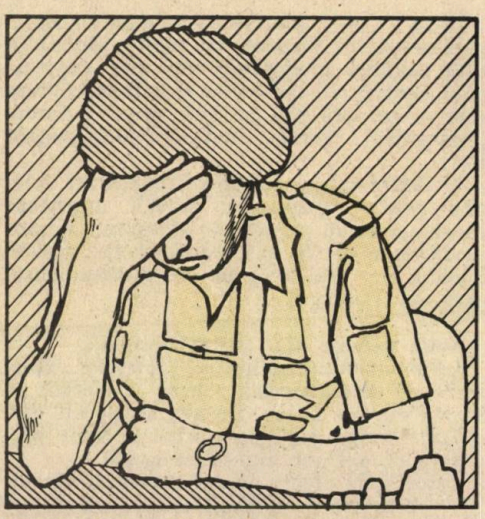
Există și alte utilizări posibile, pe care însă această societate internațională nu le-a autorizat încă. E vorba de: diminuarea dimensiunii infarctului miocardic, salvîndu-se



astfel o parte din miocardul mai slab irigat (miocardul „ischemic") și prevenindu-se șocul cardiogen, edemul pulmonar acut (cînd, din cauza slăbirii forței miocardului, sîngele nu mai poate fi împins în artere și stagnează în plămîni, ducînd la „înecarea pacientului în propriul său sînge"), comunicarea interventriculară (în mod normal acest lucru nu se întîlnește, dar în infarctul miocardic este posibilă), în insuficiența aortică acută, în timpul anesteziei la pacienții atinși de coronaropatie.

În multe spitale din țara noastră se practică aceste perfuzii cu nitroglicerină. De semnalat este faptul că pînă în 1970 nitroglicerina era contraindicată în infarctul miocardic acut, pe motiv că ea scade tensiunea arterială și dă tahicardie (accelerează bătăile inimii). Azi se administrează perfuziile cu nitroglicerină cît mai timpuriu de la debutul durerii în infarct, în primele ore, unii extinzînd pînă la 10 ore timpul în care pot fi începute perfuziile.

Experiența altora — și propria noastră experiență — demonstrează eficacitatea nitroglicerinei în administrarea intravenoasă. La bolnavii cu *angor-instabil* (iminență de infarct, preinfarct), rezultatele sînt foarte bune. Imensa majoritate a bolnavilor pe care i-am tratat au abandonat nitroglicerina (am avut un bolnav care lua anterior 30—40 de tablete pe zi) și au evoluat apoi satisfăcător, sub medicația obișnuită. Un singur bolnav, din seria tratată de noi, a evoluat spre infarct miocardic, restul nu au făcut



infarct. Am avut ocazia să tratăm cu perfuzii cu nitroglicerină bolnavi coronarieni care au făcut infarctul în spital și cărora le-am aplicat tratamentul la 10—15 minute de la începutul bolii și impresia noastră este că dimensiunea infarctului a fost redusă prin această metodă.

Iată cîteva succinte considerații, care ne îndreptățesc să calificăm nitroglicerina „veșnic tînără".

Dr. **Ovidiu Opriau** și dr. **Paula I. Pogăceanu**
Spitalul M. 1. „Dr. V. Babeș", București

PARAZITOLOGIA este o știință ecologică

Prof. dr. **V. NITZULESCU**

Există unele viețuitoare care folosesc alte ființe pe lîngă care se aciuează și la care găsesc hrană și adăpost. Ele au fost denumite „paraziți". Gazdele lor respective reprezintă pentru paraziți mediul lor extern, mediu pe care E. N. Pavlovski l-a denumit „entosferă". Entosfera trebuie pusă pe același plan cu „geosfera" (viața pe pămînt) și cu „hidrosfera" (viața în apă).

Dacă însă entosfera reprezintă mediul extern al paraziților, între aceștia și gazdele lor se stabilesc relațiile firești dintre orice ființă și mediul înconjurător, dică relații ecologice. Și așa, precum între ființele din geosferă, supuse la condiții ecologice variate, s-au creat genuri și specii deosebite morfologic, la fel s-au creat și în sînul entosferei diferite specii care, de cele mai multe ori, au și înfățișări morfologice deosebite. Astfel, putem deosebi cu ușurință un ascarid (limbric) de om de unul de cîine sau de găină.

Specii ecologice. Există însă în parazitologie și specii pe care nu le putem deosebi morfologic, într-atîta sînt de asemănătoare. Să luăm ca exemplu ascaridul de om și pe acela de porc. În ciuda identității lor morfologice, acești paraziți nu pot parazita unul în gazda celuilalt. Ascaridul de porc nu poate trăi la om, iar cel de om nu poate trăi la porc. Acest fapt de ordin experimental ne silește să-i încadrăm în *specii ecologice deosebite*.

Să dăm un exemplu și între protozoarele parazite. Speciile genului *Leishmania* se prezintă în viața parazitară cu o înfățișare identică; totuși, trebuie să le clasăm ca specii deosebite, pe baza adaptării lor parazitare diferite și deci a condițiilor ecologice deosebite la care sînt adaptate. Una dintre ele produce afecțiuni exclusiv cutanate („Ulcerul de Orient"), iar alta parazitează în viscere (ficat, splină, măduva osoasă) și produce, la adulți, boala viscerală numită „Kala-azar". O alta dă tot afecțiuni viscerale, dar

cu predilecție la copii și la cîini. Se constituie astfel respectiv speciile *Leishmania tropica*, *Leishmania donovani* și *Leishmania infantum*, care se deosebesc prin condiții ecologice diferite.

Influența gazdei asupra parazitului. O aceeași specie parazitară, care poate parazita la mai multe gazde, poate manifesta deosebiri biologice în raport cu condițiile de mediu pe care le găsește la acestea. Așa, spre exemplu, *Botriocefalul* (panglica cea mare pe care omul o „capătă" din icrele și carnea unor pești) poate ajunge în intestinul omului la o lungime de peste 8 metri și are o durată de viață de foarte mulți ani. Atunci însă cînd parazitează la cîine lungimea lui ajunge abia la 1 metru și durata sa de viață nu depășește 2 ani. Iată, așadar, că atît lungimea, cît și durata de viață a parazitului nu constituie caractere fixe, ci variabile, în funcție de condițiile în mijlocul cărora trăiește. La fel, *Ankylostoma caninum*, dacă ajunge la o gazdă mai puțin favorabilă pentru ea, cum este pisica, va produce pe gramul de materii fecale al gazdei un număr de ouă mult mai redus. Așadar și fertilitatea parazitului este în funcție de condițiile ecologice pe care le găsește la gazda sa.

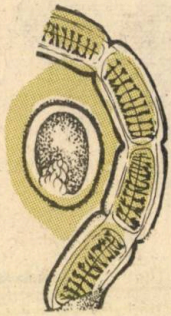
Influența „supramediului". Paraziții sînt influențați nu numai de condițiile pe care le găsesc la gazda lor, dar și de condițiile mediului extern al gazdei lor, care pentru parazit devine un „supramediu" sau „mediu de al doilea ordin". Așa, spre exemplu, liliecii găzduiesc vara în intestin un mare număr de viermi aparținînd unor specii ale genului de cestode (panglici) *Hymenolepis*. Iarna, cînd gazdele lor hibernează, aceste cestode își elimină întregul lanț de segmente, rămînînd în intestin numai scolexul (capul), care în primăvara următoare va produce un nou lanț de segmente, refăcîndu-se astfel vechile panglici.

Un alt exemplu îl găsim la *Trichinella spiralis*. Acest parazit nu se poate dezvolta la animale cu sînge rece și deci nu poate parazita broasca. S-a arătat însă că dacă, experimental, ținem broasca la temperatura de 37°, larvele de *Trichinella*, ingerate de broască, se transformă în adulți. Aceștia se dezvoltă pînă la capăt și produc embrioni care se vor încista în musculatura broaștei.

Interdependența parazit-gazdă. Relațiile ecologice dintre parazit și gazdă duc la o continuă interdependență între acești doi factori. Gazda opune, de obicei, o anumită stare de rezistență care frînează pînă la un anumit punct dezvoltarea parazitului. La rîndul său, parazitul poate influența gazda și între influențele pe care i le poate imprima este și aceea de a-i intensifica această rezistență. Asistăm în acest caz la o influență pornită de la parazit către gazdă și care se reîntoarce de la gazdă la parazit, căruia îi micșorează talia și fertilitatea. Aceste influențe care se încrucișează — de la parazit la gazdă și de la gazdă la parazit — au fost consemnate, între alți autori, de către N. P. Sihobalova, în cercetările făcute asupra imunității șoarecelui față de parazitul *Trichuris muris* (tricocefalul de la șoarece).

Acest autor arată că, cu cît numărul de femele de tricocefal ce se dezvoltă concomitent crește, cu atît cantitatea de ouă eliminate de o singură femelă devine mai mică. Numărul de ouă pe gramul de materii fecale ale șoarecelui gazdă variază între 7 780 și 4 147, atunci cînd se găsesc 1—10 femele; cînd se găsesc 20—25 de femele, acest număr scade între 2 540 și 933, iar în prezența a 40—45 de femele, șoarecele nu mai elimină decît 820—520 de ouă pe gramul de materii fecale. Același lucru se întîmplă și cu lungimea tricocefalilor. Aceasta este invers proporțională cu numărul viermilor. Deci, cu cît numărul viermilor este mai mare, cu atît lungimea lor este mai mică.

Balanța parazit-gazdă. Într-o boală parazitară balanța parazit-gazdă oglindește raportul de forțe între cei doi factori care se confruntă. Cînd această balanță înclină în favoarea gazdei, boala parazitară descrește în intensitate. Dimpotrivă, crește în intensitate cînd balanța înclină de partea parazitului. Ca exemplu, să urmărim cum se prezintă această balanță în cursul *Dizenteriei amibiene*, boală provocată omului de *Entamoeba histolytica*. Dizenteria amibiană este o boală de lungă durată. Din cînd în cînd, în cursul ei, se produc pentru amibe condiții de



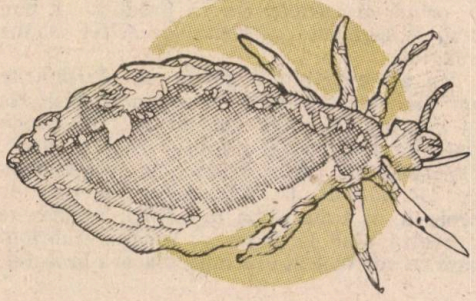
existență foarte favorabile, datorite modificărilor de climat, biocenozei (totalul florei și faunei) intestinale, alimentației nepotrivite, excesului de alcool, epuizării fizice sau intelectuale și altor cauze neprecizate. Sub influența lor, balanța parazit-gazdă înclină de partea parazitului. Amibele cresc, devin mai mari (30—40 miimi de milimetru), se deplasează rapid, se hrănesc cu hematii și capătă fermenți histolitici (care topesc țesuturile), grație cărora se introduc în submucoasa intestinală în care produc ulcerații caracteristice (în „buton de cămașă"). Aceasta este forma patogenă a amibei dizenterice numită formă „histolitică" sau „magna".

Între timp, organismul parazitat își mărește puterea de rezistență și reușește să silească forma histolitică să se transforme în forma „minuta", care este mai mică (20 miimi de milimetru), se hrănește numai cu floră și faună intestinală și nu este patogenă. Acum balanța înclină de partea gazdei. Bolnavul intră într-o fază de remisiune clinică, în care va rămîne pînă cînd alte modificări ale mediului intestinal vor favoriza revenirea formei histolitice, cu consecințele ei.

Să trecem acum la un alt exemplu, în care balanța parazit-gazdă se înclină total în favoarea parazitului. Este vorba de tipul de scabie (rîie) denumit „scabie norvegiană". Omul este lipsit în acest caz de orice putință de a împiedica dezvoltarea parazitului. Dimpotrivă, persoanele susceptibile de a face această formă de scabie prezintă pentru paraziți un mediu cu totul favorabil, grație căruia aceștia se vor dezvolta în cantități imense. Întreaga patogenie a scabiei norvegiene este explicată prin această multiplicare covîrșitoare a paraziților. Ei ocupă teritorii care erau cruțate în scabia ordinară, cum sînt: spatele, gîtul, capul (atît figura, cît și regiunea păroasă), unghiile. Nu rămîne neinvadată de paraziți nici o regiune a corpului, care se acoperă cu cruste groase, sub care mișună sarcoptii. Scabia norvegiană este produsă de același parazit — *Sarcoptes scabiei* — care produce și scabia ordinară. Cea mai bună dovadă o constituie faptul că persoanele care se contagiază de la un bolnav cu scabie norvegiană (boala este foarte contagioasă) fac forma ordinară de scabie și nu forma „norvegiană". Fertilitatea paraziților în această formă particulară de scabie este așa de exagerată, încît în unul din cazuri am avut ocazia să găsim un *Sarcoptes scabiei* femel în care oul a eclozat chiar în timpul în care se găsea în abdomenul parazitului, ceea ce nu se întîmplă niciodată în cursul scabiei ordinare.

Rezumat și concluzii. Din toate exemplele de mai sus se degajează faptul că parazitul și gazda sa se găsesc într-o continuă confruntare. Ambii factori se influențează reciproc, prin influențe de natură ecologică. Parazitul primește influențe atît de la mediul în care trăiește, adică de la gazda sa, cît și de la „mediul de al doilea ordin", care este acela în care trăiește gazda. Însușirile sale (mărime, longevitate, fertilitate) nu reprezintă date genetice fixe, ci sînt condiționate de toate aceste influențe. În consecință, el nu trebuie și nici nu poate fi studiat în el însuși, „în sine", ci „*in situ*", în însăși așezarea sa parazitară, în mijlocul afecțiunii pe care o provoacă.

Balanța parazit-gazdă, care se stabilește prin studiul ambilor factori, stă la baza înțelegerii acțiunii patogene a paraziților.



Să ne cunoaştem ORGANISMUL

ştiind că :

— temperatura unui copil sănătos nu este fixă la 37°. Temperatura normală (măsurată în rect) variază între 36°,6 şi 37°,2, fără ca temperatura de 37°,2—37°,4 să aibă vreo semnificaţie deosebită; temperatura măsurată axilar (subsuoară) oscilează de obicei între 36°,6 şi 36°,8, maximul permis fiind de 37°,2. Joaca şi orice exerciţiu fizic urcă, pentru moment, temperatura; de aceea este recomandabil ca temperatura să fie luată după 1/2—1 oră de odihnă;

— organismul unui om care cîntăreşte 100 kg conţine: 63 kg oxigen, 19 kg carbon, 9 kg hidrogen, 5 kg azot, 1 kg calciu, 700 g fosfor, 640 g sulf, 260 g sodiu, 220 g potasiu, 180 g clor, 40 g magneziu, 3 g fier, 0,03 g iod şi, în cantităţi mult mai mici: fluor, brom, mangan, cupru, aluminiu, cobalt, zinc, siliciu şi chiar aur (Bertrand);

— în repaus omul ventilează, pe minut, 8 litri de aer, la o activitate sedentară 16 litri, în mers 24 de litri, la efort (alergare) 50 de litri. Într-o zi omul ventilează cca 24 000 litri de aer, volum care variază în funcţie de activitatea depusă;

— sîngele, la om, este un ţesut compus din *celule* — globulele roşii sau hematiile şi globulele albe sau leucocitele — şi *plasmă*, o substanţă intracelulară lichidă, formată din apă care conţine în soluţie substanţe proteice şi săruri;

— potrivit datelor furnizate de Organizaţia Mondială a Sănătăţii, la adulţi se consideră ca valori normale presiunea maximă (tensiunea) de 140 mmHg şi cea minimă de 90 mmHg;

— valorile normale ale vitezei de sedimentare a hematiilor (V.S.H.), la om, sînt: 3—10 mm la o oră şi 5—15 mm la două ore, la bărbat, şi 6—13 mm, respectiv 10—20 mm, la femeie;

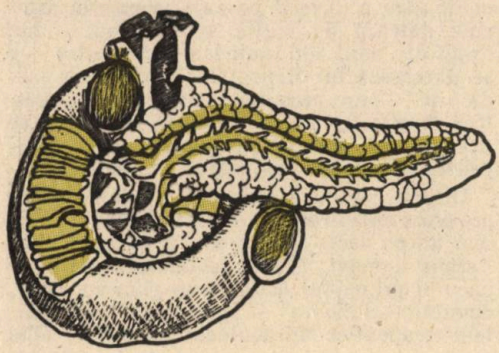
— la om globulele roşii, numite şi hematii sau eritrocite, sînt lipsite de nucleu. În mod normal la bărbat găsim 4 500 000—5 000 000/mm³ de sînge, iar la femeie 4 000 000 — 4 500 000;

— globulele albe sau leucocitele au forme diferite. Numărul lor normal este de 5 000—8 000/mm³ de sînge.

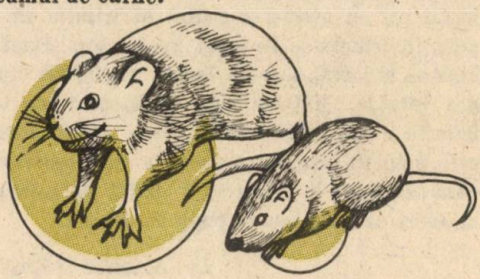
I. Murgan

DE CA UNA CA ALTA

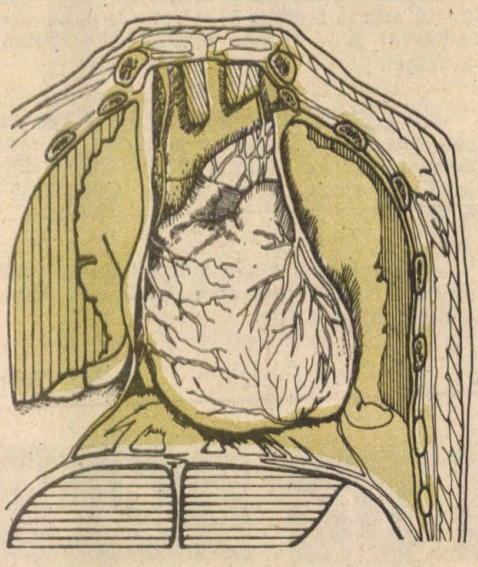
• Cancerul de pancreas este foarte frecvent la consumatorii de cafea şi băuturi alcoolice şi, totodată, fumători.



• Gena care reglează la şobolan acţiunea hormonului de creştere a fost introdusă în ovulul unui şoarece. Acesta, după 10 săptămîni, a crescut dublu în greutate, faţă de martor. Printr-un astfel de transfer de gene se speră, în viitor, la dobîndirea de noi specii de animale domestice, mai mari, pentru consumul de carne.



• Cu ajutorul ingineriei genetice s-a pus la punct prepararea unui vaccin genetic împotriva herpesului şi febrei aftoase. În curînd se aşteaptă realizarea, prin aceeaşi metodă, a vaccinului împotriva turbării.



• O nouă inimă artificială se aşteaptă a fi implantată în următorii ani la Marsilia, de către prof. J.R. Monties. Inima lui Monties, fabricată din carbon şi ceramică specială, funcţionează după principiul motorului Wenkel. În loc de valve, ea are un rotor ce acţionează ca un piston ce aspiră şi trimite sîngele, învîrtindu-se în jurul axului său. După cum se observă, această inimă artificială nu are valvule. Motorul este alimentat de o baterie mică, implantabilă, care se încarcă prin inducţie magnetică de la o altă baterie, care se poartă la centură. O astfel de inimă se speră să funcţioneze timp de 10 ani.

Dr. SABIN IVAN

indicaţiile terapeutice vechi şi noi ale

ASPIRINEI

Banala aspirină, cunoscută la noi şi sub denumirea de acid acetiylsalicilic, reprezintă unul din cele mai vechi mijloace de combatere, pe de o parte a febrei — ca efect antipiretic sau antitermic — pe de alta, a durerii, acţiune analgetică, pe care cei mai mulţi dintre noi am avut ocazia s-o verificăm pe propriul organism, chiar şi numai cu ocazia unei atît de obişnuite dureri de cap, care a cedat, în mod spectacular, după administrarea unui astfel de comprimat.

Constatarea efectelor antitermice şi de combatere a durerii pe care le posedă aspirina datează de multe sute de ani — mai exact din anul 400 înaintea erei noastre —şi se datorează lui Hipocrate — părintele medicinii —, care recomanda femeilor să mestece frunze de salcie — plantă din care se extrage, pe cale industrială, aspirina — pentru a le potoli durerile de la naştere.

Ulterior s-a constatat că şi coaja de salcie are efect antipiretic şi analgetic, poate chiar mai intens decît frunza ei, iar în anul 1827 Leroux a reuşit chiar să izoleze din coaja copacului principiul activ — un glicozid amar, denumit „Salicina“ — responsabil de efectele terapeutice miraculoase ale salciei albe

(Salix alba). Prin hidroliza salicinei se obţine acidul salicilic (saligenina), iar prin acetilarea acestuia, acidul acetylsalicilic (aspirina), medicament introdus în teràpeutica curentă în anul 1899, de către medicul german Dresser.

Cercetările întreprinse ulterior au dovedit numeroasele acţiuni ale acestui „miraculos" medicament, şi anume:

— efect *antitermic*, rapid şi eficient, datorită acţiunii sale asupra mecanismelor de reglare termică din zona hipotalamică a creierului, în sensul creşterii debitului de sînge periferic şi a sudoraţiei;

— efect *analgezic*, avînd capacitatea de a reduce anumite tipuri de durere şi în special pe cele de intensitate mică sau medie (cefaleea, mialgiile, artralgiile) — prin acţiunea sa inhibantă centrală (asupra centrilor nervoşi din creier);

— efect *antiinflamator nespecific* asupra ţesuturilor edematiate, inflamate;

— favorizează *eliminarea urinară a acidului uric*, aflat în exces în sîngele bolnavilor de tulburarea metabolică denumită gută;

— *împiedică*, în anumită măsură, *unele procese fermentative*, produse atît în organismul omului, cît şi în industria alimentară, de unele mucegaiuri şi ciuperci;

— *inhibă acţiunea dăunătoare* a unor virusuri asupra organismului;

— *inhibă acţiunea leucocitelor* (globulele albe ale sîngelui), efect din nefericire cu consecinţe negative asupra organismului uman, împiedicînd astfel unele procese imunologice cu rol în apărarea antiinfecţioasă a organismului; în plus, aspirina are şi un efect uşor inhibitor asupra producţiei de anticorpi, factori sanguini specifici de apărare imunologică.

Pentru multe din aceste motive, aspirina şi-a cucerit de mult un loc de frunte în terapeutica clasică şi, ca atare, nu despre aceste calităţi ne vom ocupa în rîndurile de mai jos, ci despre altele, recent descoperite şi pentru care ea a căpătat noi utilizări terapeutice.

Intuind acţiuni necunoscute încă ale acestui medicament, grupuri de cercetători din diverse centre medicale din lume (S.U.A., Canada, U.R.S.S. şi din ţara noastră) au studiat efectele aspirinei în prevenirea accidentelor cardiovasculare, fie că este vorba de infarctul miocardic, fie de hemoragia cerebrală.

Astfel s-a ajuns la unele constatări îmbucurătoare şi încurajatoare pentru viitorul bolnavilor cu suferinţe cardiovasculare.

Administrarea unei doze mici de aspirină (1-2 tablete pe zi la adult), dar timp îndelungat, reduce cu pînă la 20% riscul apariţiei unui nou infarct miocardic la un bolnav cu o astfel de suferinţă în trecutul său şi cu pînă la 50% riscul apariţiei unei noi hemoragii cerebrale. Aspirina, după cercetările unui oftalmolog american (dr. Coltier, de la Facultatea din Yale), este de asemenea capabilă să prevină sau să întîrzie mult apariţia cataractei — o complicaţie oculară frecventă la bolnavi diabetici — acţionînd asupra unei enzime care ar favoriza acumularea de sorbitol în cristalin, substanţă responsabilă de formarea cataractei. Prin mecanisme nelămurite încă, aspirina s-a dovedit capabilă să încetinească — şi uneori chiar să oprească — dezvoltarea tumorilor maligne experimentale (produse în laborator, diverselor animale de experienţă); dacă aceeaşi acţiune va putea fi dovedită şi în evoluţia tumorilor la om, observaţia va putea deschide noi căi de cercetare în studiul variatelor tipuri de tumori maligne şi în combatere cu mijloace terapeutice vechi, a acestui flagel al medicinii contemporane.

Alte cercetări au pus în evidenţă şi au explicat, cel puţin în parte, modul în care aspirina este capabilă să împiedice accidentele cardiovasculare despre care aminteam mai sus. Rolul binefăcător al aspirinei în astfel de cazuri se datorează efectelor sale antiagregante plachetare prin capacitatea sa de a se opune aglomerării şi conglomerării plachetelor sanguine, responsabile de coagularea exagerată a sîngelui şi de consecinţa acesteia: apariţia de trombusuri în vasele miocardului (cu constituirea infarctului miocardic), hemoragii sau zone de necroză în creier.

S-a constatat că aspirina inhibă enzima cunoscută sub denumirea de cyclooxigenază, cu rol important în coagularea sîngelui. Ea acţionează însă şi asupra peretelui vascular, care sub efectul său stimulant secretă o substanţă ce se opune agregării plachetare şi, în consecinţă, coagulării intempestive a sîngelui.

Probabil că tot datorită efectului său antiagregant plachetar — mecanism patogen care ar sta la baza declanşării crizelor de migrenă, aşa cum pretind unii specialişti, în urma unor cercetări recente minuţioase — aspirina, administrată în doză moderată, dar timp îndelungat, ar putea fi indicată în tratamentul atît de dificil al migrenei, rebelă la alte încercări terapeutice.

Dealtfel, efectul antimigrenos al aspirinei era cunoscut şi înainte şi nu rareori bolnavii în criză recurgeau la ea, în lipsa altor medicamente mai active, încercînd prin aceasta să-şi înlăture cel mai supărător semn al bolii — durerea de cap.

Dar efectul aspirinei nu s-ar datora numai acţiunii sale analgetice, ci mai ales faptului că se opune accentuării agregării plachetelor sanguine, cauză — după unele teorii — a declanşării crizelor migrenoase.

În lumina noii teorii mai sus prezentată, administrarea aspirinei trebuie să se facă pe o perioadă mai îndelungată de timp, care să cuprindă atît perioada crizei migrenoase, cît şi pe cea dintre crize, să se combată deci „fondul migrenos" al bolnavilor. Numeroase astfel de încercări au dus fie la dispariţia crizelor migrenoase, fie la scăderea sau/şi la diminuarea intensităţii lor.

Dar, ca orice descoperire nouă în medicină, şi noile efecte ale aspirinei au declanşat controverse, făcîndu-i pe unii cercetători — pe cei sceptici — să conteste noile calităţi atribuite aspirinei, conchizînd că „ar fi prea frumos să fie aşa".

Toate aceste cercetări sînt de dată recentă şi se desfăşoară cu asiduitate şi în prezent; viitorul apropiat însă va permite, cu siguranţă, o concluzie unanim acceptată de lumea medicală.

Dacă efectele favorabile ale aspirinei promit mari beneficii bolnavilor, cele secundare, nedorite, sînt şi ele importante şi nu trebuie neglijate, deoarece aceleaşi cercetări au scos în evidenţă, pe lîngă avantajele aspirinei, şi riscurile administrării ei în mod nejudicios.

Şi acestea devin din ce în ce mai numeroase astăzi, cînd aspirina se consumă pe scară largă în întreaga lume (în S.U.A., în anul 1980 se consumau peste 5 000 tone) fie raţional (după prescripţii medicale), fie fără discernămînt, la recomandarea unor profani sau chiar ca automedicaţie.

De aici şi numărul relativ crescut de reacţii toxice — intoxicaţii accidentale sau voluntare (în intenţie de suicid) — rareori ele ducînd chiar la moartea bolnavului.

Administrată atunci cînd nu trebuie sau în doze mari, aspirina este capabilă să provoace eroziuni simple ale mucoasei digestive, ulcere ale stomacului (manifestate prin sîngerări masive) sau chiar să redeschidă vechi ulcere cicatrizate.

Studii ample pe un mare număr de bolnavi care au primit aspirină ca tratament antireumatic au demonstrat că, după un timp relativ scurt, apar, la circa 50% din bolnavi, mici hemoragii ale tubului digestiv, vizibile numai la endoscopie, şi că după un timp îndelungat de utilizare apar chiar şi mici hemoragii digestive evidente clinic, datorate scăderii importante a protrombinei sanguine, substanţă cu rol deosebit de important în coagularea sîngelui.

Dozele masive de aspirină pot duce la efecte toxice severe asupra sistemului nervos central, respiraţiei, funcţiei hepatice şi sîngelui, manifestate clinic prin greţuri, vărsături, tulburări ale echilibrului acidobazic (acidoză severă) sau ameţeli, ţiuituri în urechi, surditate (mai ales pentru tonuri înalte), stări confuzive, delir, psihoză, comă.

Administrarea aspirinei la copiii şi adolescenţii bolnavi de gripă sau varicelă (ambele boli produse de virusuri) prezintă riscul (de 25 de ori mai mare decît la alţi bolnavi cu aceleaşi afecţiuni, dar netrataţi cu aspirină) apariţiei unei afecţiuni severe, uneori mortală, cunoscută sub denumirea de *sindrom Reye*.

Descrierea iniţială a acestui sindrom datează din anul 1963 şi aparţine cercetătorilor australieni R.D. Reye, G. Morgan şi J. Bard. Sindromul este caracterizat prin asocierea unei encefalopatii acute severe cu degenerescenţa gravă a unor organe (în special a creierului, ficatului, rinichilor) şi cu prăbuşirea stării generale a bolnavului.

Din punct de vedere clinic, la cîteva zile de administrare a aspirinei în doze moderate, la copiii cu gripă sau varicelă apare o simptomatologie mult asemănătoare cu cea din intoxicaţia acută cu aspirină (vărsături, febră, letargie, cefalee violente, tulburări comportamentale, convulsii, delir, comă). Situaţia critică a bolnavului durează în medie 24 de ore, iar cînd aceasta a fost depăşită cu succes de bolnav survine, de regulă, vindecarea completă, fără nici un fel de urmări. În cazurile cu evoluţie nefavorabilă, moartea copilului survine între 12 ore şi 5 zile. Explicaţia intimă a fenomenului biologic responsabil de apariţia acestui sindrom este greu de dat, dar se pare, după ultimele cercetări, că s-ar datora inhibării de către aspirină a formării de acid adenozinmonofosforic, necesar metabolismului normal al tuturor celulelor din organism.

Efectele salutare pe care le dovedeşte aspirina cît şi incidentele sau accidentele pe care le poate produce în cazul în care nu i se respectă contraindicaţiile, reprezintă cele două feţe ale medicamentului: una utilă, cealaltă dăunătoare, de care trebuie ţinut seama ori de cîte ori se apelează la acest medicament, atît de vechi şi binecunoscut de toată lumea.

Aceasta dovedeşte că pînă şi aşa-zisa „banală" aspirină nu trebuie administrată oricui, oricînd şi în orice cantitate. Prescrierea ei trebuie făcută numai de medic, singurul în măsură să aprecieze utilitatea şi să calculeze riscul administrării acestui medicament la bolnavii care i se adresează pentru consult.

OCTAVIAN POPESCU
Doctor în ştiinţe medicale
Spitalul de copii „Caraiman"

cîte ceva despre

OBEZITATE

știați că...

...originea cuvîntului este din limba latină și derivă de la verbul „ob edo-edere", care înseamnă „a mînca exagerat"?

...datorită alimentației omului modern este considerată o „sinucidere lentă"?

...se pregătește din primele clipe ale vieții prin laptele matern, cînd i se poate da copilului mai multe glucide decît are nevoie sau mai multe lipide decît îi sînt necesare?

...grăsimea scurtează viața?

...se formează datorită prezenței masive în hrana zilnică a grăsimilor de origine animală, a zahărului rafinat și a sării în exces?

...în materie de zahăr trebuie să se facă o distincție între zahărul „vizibil" și cel „ascuns". În presa franceză s-a arătat că zahărul „vizibil", după unele constatări, își dublează consumul la fiecare șapte ani. Zahărul „ascuns", adică cel consumat prin înghețate, conserve, creme, siropuri, sucuri etc. este de asemenea în creștere în mod spectacular?

...în privința lipidelor (grăsimilor) de asemenea trebuie făcută o distincție între lipidele „vizibile" — untul, untdelemnul, slănina etc.. — și cele „invizibile", consumate prin alimentele prăjite, laptele integral, carnea grasă etc.?

...în ultimul timp, pe plan mondial, crește paralel cu ridicarea standardului de viață?

...este provocată și de faptul că nu se face suficientă mișcare datorită noilor condiții de muncă, unde s-a introdus mecanizarea operațiilor? În acest caz, caloriile consumate peste rația zilnică se depun.

...o cură de slăbire începută trebuie dusă pînă la capăt, adică pînă se ajunge la greutatea ideală? Acest lucru depinde de kilogramele în plus care trebuie eliminate și de perseverența dv.

...este nesănătos pentru organism dacă este solicitat ca într-un timp foarte scurt să dea jos kilograme care le-a obținut într-un timp îndelungat?

...este mai ușor să fie depuse kilograme în plus decît să scapi de ele?

...o echipă de cercetători bulgari a demonstrat că cei care duc o viață activă și folosesc un regim alimentar echilibrat trăiesc cu mult mai mult decît cei care abuzează de alcool, dulciuri și sare?

...datorită faptului că prin complicațiile ei duce la boli cardiovasculare, diabet zaharat etc., a devenit o preocupare majoră, atît pentru medic, cît și pentru societate?

... tratamentul ei previne declanșarea unor boli grave, cu mortalitate mare?

... regimul alimentar este de o importanță covîrșitoare? În general, se recomandă să se mănînce puțin și des, să se consume mai multe salate de crudități, pentru că acestea au celuloză, care ușurează tranzitul intestinal și dau senzația de sațietate.

...în urma unor statistici efectuate în Europa și Statele Unite s-a constatat că afectează peste o treime din populație, dintre care 20% sînt persoane care nu depășesc 20 de ani, iar 40% sînt adulți trecuți de vîrsta de 40 de ani?

...un studiu biostatistic efectuat în Statele Unite a arătat că la un om între 40—50 de ani un plus de kilograme peste greutatea normală duce la o scurtare a duratei medii de viață astfel:

— un plus de 5 kg scurtează media de viață cu 8%

— un plus de 10 kg scurtează media de viață cu 18%

— un plus de 20 kg scurtează media de viață cu 45%

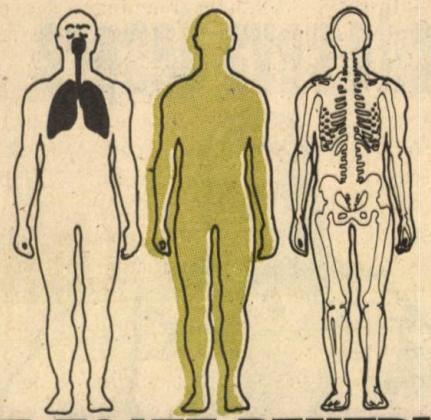
— un plus de 30 kg scurtează media de viață cu 67%?

...în urma unei anchete sociale făcute de către o echipă de psihologi de la Universitatea din Michigan (SUA) s-a constatat că soțul este cauza principală a obezității feminine? Concluziile sînt surprinzătoare, acestea referindu-se la descurajarea soților, care încearcă să slăbească. De pildă, în timpul prînzului soțul își îndeamnă soția să consume de patru ori mai multă mîncare decît ar consuma singură; alteori soțul, în fața unei mîncări gustoase și aspectoase, îndeamnă soția să o mănînce, să nu se gîndească la siluetă, cel puțin „de data aceasta"; în continuare, investigațiile făcute arată că obezitatea soției asigură fidelitatea acesteia.

...este bine să cunoaștem semnificația unui vechi proverb grecesc, care spune: „Metron, metron", adică „măsură" în toate? Deci este mai bine să mîncăm cu măsură, decît să supunem organismul la eforturi în plus, de îngrășare și apoi de slăbire în timp scurt.

Ileana Șerbănescu-Berar

Specialistă în nutriție și dietetică



DE TOATE PENTRU TOȚI

• *Diabetul* reprezintă una dintre bolile cele mai frecvent întîlnite în stadiul actual al dezvoltării societății omenești.

Denumirea sa provine din greaca veche, unde termenul „diabetes" semnifica *sifon*, aluzie la eliminarea urinei în cantitate mare, cu presiune mare și cu spumă sau bule de aer, datorită infecției urinare (urina fiind bogată în glucoză constituie mediu bun pentru dezvoltarea microbilor).

Există două feluri de diabet: *zaharat* (pancreatic) și *insipid* (hipofizar).

În Evul Mediu diagnosticul se punea pe baza cantității mari de urină pe care o elimina bolnavul în 24 de ore. Deoarece nu existau alte mijloace de determinare a glucozei în urină, medicul gusta urina și stabilea astfel dacă diabetul era zaharat (urina era dulce) sau insipid (corect este *insapid*, adică urina nu avea gust). Din anul 1830 s-au pus la punct metode chimice de evidențiere a glucozei urinare, fapt care a ușurat și a făcut mai agreabilă participarea medicului la diagnosticul diabetului și a tipurilor acestuia.

• *Dezvoltarea chimioterapiei* (medicamentele cu acțiune antimicrobiană) s-a făcut în etape, cele mai importante fiind marcate prin următoarele date:

— în anul 1907 Ehrlich introduce în terapia sifilisului (care pînă atunci era boală incurabilă) preparatul denumit *606* sau *Salvarsan;*

— în 1928 Alexander Fleming descoperă acțiunea antibiotică a culturilor de ciuperci, pentru care a primit premiul Nobel;

— în 1933 Domagk demonstrează valoarea terapeutică antistreptococică a primei sulfamide (Prontosilul), pentru care și el a fost încununat cu laurii premiului Nobel;

— în 1941, Florey și Chain introduc în terapeutică primul antibiotic — penicilina;

— în anii 1946—1947 a început să fie utilizată streptomicina, descoperită de Waksmann. A fost primul antibiotic folosit în tratamentul tuberculozei, care a contribuit la reducerea acestui flagel al unei lungi perioade de timp din istoria omenirii, pentru care descoperitorului i s-a decernat premiul Nobel.

* * *

● *Clordelazina* — medicament utilizat în neurologie și psihiatrie, încă din anul 1951 — a surprins pe cercetători și pe medicii practicieni prin numeroasele și variatele efecte pe care le avea (antihipertensiv, antivomitiv, anticonvulsivant, antispastic, antihistaminic, hipotermizant etc.). Pentru a sugera această acțiune „ largă", prima denumire comercială dată substanței a fost *Largactil*. Preparatul românesc se numește *Plegomazin*.

* * *

● *Vitamina* B_{12} constituie tratamentul de elecție al anemiei megaloblastice, denumită și „anemia Biermer". Înainte de descoperirea sa, boala era mortală; după stabilirea diagnosticului, bolnavul își aștepta sfîrșitul, care era chinuitor și prelungit.

După descoperirea vitaminei B_{12}, s-a căutat să se obțină pe cale naturală (din urina de iapă și din ficatul de bovine), dar randamentul scăzut al acestei modalități de preparare a împiedicat introducerea sa în arsenalul terapeutic curent. Dintr-o tonă de ficat se obțineau cîteva doze, la un preț de cost foarte ridicat, inaccesibil marii majorități a bolnavilor.

Odată cu dezvoltarea industriei de antibiotice s-au putut obține cantități foarte mari de vitamină B_{12} și la un preț foarte redus. Vitamina B_{12} folosită în terapeutică provine, ca element secundar, de la prepararea streptomicinei; fiind deșeu metabolic microbian, ea se obține, astfel, gratis.

Pentru tratamentul anemiei Biermer este suficientă o injecție de 0,1 mg de vitamină B_{12}, ceea ce a dus la salvarea unui mare număr de vieți omenești, cu un preț de cost minim. Problema ne apare în toată amploarea ei dacă ne gîndim că astăzi se fac doze de 10 ori mai mari pe zi și timp de 7—10 zile pe lună, în mod nejustificat (la bolnavii cu suferințe hepatice, în nevralgii sciatice etc.), doze care ar fi fost suficiente pentru evitarea a numeroase pierderi umane produse prin această — pînă nu de mult — necruțătoare boală.

* * *

● *Cafeaua* a fost întîmplător descoperită de niște ciobani arabi, ale căror oi au mîncat boabe de cafea, fiind apoi agitate toată noaptea și ziua următoare. Acțiunea stimulantă nervoasă constituie și explicația extinderii pe plan general a utilizării băuturilor care conțin cafeină. Gustul și mirosul plăcute, conferite de uleiurile volatile și de produșii de torefacție eliberați prin prăjire, au fost o altă cauză care a dus la creșterea consumului de cafea.

În natură există numeroase plante care conțin cafeină în concentrații variabile (în general între 1 și 2,4%), dintre care cele mai utilizate sînt:

— boabele arborelui de cafea — *Coffee arabica;*

— frunzele de ceai chinezesc — *The sinensis;*

— nucile de cola — *Cola mitida* — din care băştinaşii prepară o băutură cu concentraţie mare de cafeină, care depăşeşte 3%;

— nucile de *Ilex paraguensis*, din care se prepară ceaiul Maté (citat în multe cărţi care descriu călătorii sau aventuri în America de Sud, inclusiv de către Jules Verne), băutură naţională a multor ţări ale Americii Latine;

— *Paulina sorbilis* — plantă frecvent răspîndită în bazinul Amazoanelor, folosită de localnici pentru prepararea unor extracte şi infuzii bogate în cafeină.

Băuturile obişnuite la noi, care conţin cafeină, sînt: decoctul sau infuzia de cafea (cafeaua turcească sau filtrul, după gust), infuzia de ceai, Coca-Cola, Pepsi-cola, precum şi ciocolata, cacao şi unele băuturi alcoolice (lichiorul de cacao etc.).

***

● *Greutatea ideală* exprimată în kilograme este aproximativ egală cu numărul de centimetri care depăşeşte 1 m în înălţime. Există autori care consideră că nu greutatea corpului defineşte obezitatea, ci grosimea pliului cutanat; în mod normal, acesta nu trebuie să depăşească 1—1,5 cm în regiunile abdominală, toracică, a coapselor sau umerilor. Într-adevăr, din punct de vedere biologic, grăsimea de depozit nu mai este necesară în stadiul actual de dezvoltare a fiinţei umane (nici ca rezervor de energie, nici ca izolator termic), ea fiind un balast şi sursă a multiple tulburări metabolice (ateroscleroză, diabet, gută etc.).

***

● *Nitroglicerina* — medicament de bază în tratamentul crizei de angină pectorală — este legată de numele lui Alfred Nobel, chimist suedez, care a trăit între 1833 şi 1896. El este întemeietorul industriei explozive, descoperitorul nitrocelulozei (în anul 1862) şi al dinamitei (în anul 1866), precum şi iniţiatorul unei metode de distilare neîntreruptă a ţiţeiului, de producere a fontei etc.

Venitul anual al enormei lui averi — realizată în special din descoperirile sale în domeniul substanţelor explozive — estimat spre sfîrşitul vieţii la 35 milioane lei aur, l-a lăsat, prin testament, în bună parte unor instituţii pentru scopuri culturale, precum şi pentru acordarea a 5 premii anuale (reprezentînd fiecare cîte 150 000 lei aur) pentru diferite domenii ale vieţii materiale şi spirituale ale omenirii.

Premiile se acordă pentru:

— cea mai importantă descoperire făcută în fizică;

— descoperiri deosebite în chimie;

— realizări remarcabile în medicină şi fiziologie;

— cartea cu tendinţele cele mai nobile;

— pace.

Acordat pentru prima dată în anul 1901 (la 5 ani de la moartea fondatorului), Premiul Nobel constituie şi astăzi, după 86 de ani, cea mai înaltă distincţie acordată celor mai importante descoperiri sau activităţi depuse în slujba omului.

***

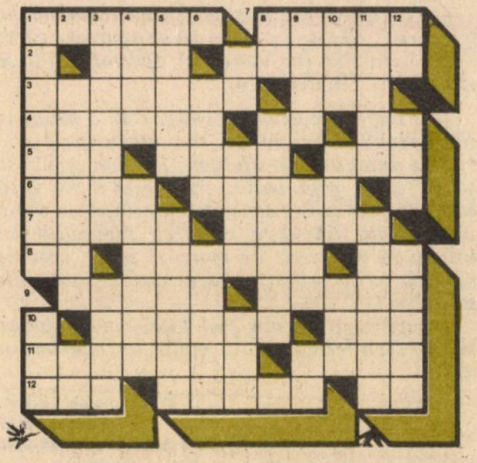
● Şi, în încheiere, o invitaţie la reflecţie pe marginea a două aforisme medicale ale unor scriitori celebri:

1. „*Bine tratat, guturaiul se vindecă în 7 zile, iar netratat durează o săptămînă*" — Mark Twain. De cîte ori nu greşim făcînd apel la tot felul de medicamente în situaţii în care cîteva antinevralgice, sedative sau calmante ale tusei ar fi fost, cel puţin, la fel de eficace şi infinit mai puţin toxice?

2. „*Tratamentul medical este arta de a administra un remediu despre care nu se cunoaşte prea mare lucru, unui bolnav despre care se ştie şi mai puţin*" — Voltaire. De cîte ori nu administrăm — nefiind specialişti — medicamente pe care nu le cunoaştem suficient de bine, unor persoane pe care nu le-am examinat suficient, lăsîndu-ne impresionaţi de cererea bolnavului, a anturajului acestuia sau de reclama medicamentului, insuficient trecută prin prisma experienţei noastre personale?

Conf. dr. **EMIL A. POPESCU**

la mulți ani!



ORIZONTAL: 1. Suplimente cu „țepi" la tradiționala plăcintă de revelion — Autorul versurilor: „An Nou! Un an al păcii fie,/Așa cum omenirea îl așteaptă./De el și peste veacuri să ne scrie/C-a împlinit cea mai de seamă faptă" („De Anul nou"; Demostene). 2. La mulți ani! Moșul cel mai așteptat în perioada sărbătorilor de iarnă. 3. Cap de porc la tavă... servit de Anul Nou — Dau indicații precise pentru clipa sosirii Anului Nou. 4. Autorul liedului „Dar de Anul Nou" (George) — Jos lipsește o rotiță! — Vede! 5. Rîu în Iran — Cu greu — Aceea (pop.) 6. Personaj din povestirea „În noaptea Anului Nou", de Mihail Sadoveanu — Se servește la revelion. 7. Cinstit — Îl așteaptă pe Moș Gerilă. 8. Să-ncepem cu noroc! — Locuri de petrecere a revelionului la munte — Se pune în cupe! 9. „La mulți ani!" — Ne bat o viață întreagă. 10. Neliniște — Dumitale. 11. Șuvoaie — Face parte din programul de revelion. 12. Nu se bea... de revelion. — Aduce zăpadă... și revelionul — Semnul mirării.

VERTICAL: 1. „O noapte furtunoasă"... în stagiune de iarnă — Susține globurile din pomul de iarnă. 2. Vine cu plugușorul (2 cuv.) — Oprește în față! 3. Bună dispoziția din noaptea revelionului — La un an o dată (fem.). 4. Localitate în Elveția — Opriri. 5. Varietate de salcie — Sărbătoresc Anul Nou cu plugușor și buhai, după străvechea datină. 6. Țară unde în noaptea de Anul Nou fiecare cetățean mănîncă 12 boabe de struguri în clipa cînd ceasul indică ora 24, încredințat fiind că aceasta aduce noroc — Eroina povestirii „Revelionul", de D. R. Popescu. 7. De la stînga la dreapta! — A provoca — Operă de Michelet. 8. Făcut de oaie — Țară unde fiecare își sărbătorește ziua nașterii de Anul Nou, indiferent de ziua în care s-a născut. 9. Localitate urbană — Rîu în R. S. Cehoslovacă — Aviz favorabil. 10. Autorul schiței „Anul nou" (vol. „Vîntul de seară"; Nicolae) — În acest loc — Pus la spate. 11. Școlari — De revelion nu se stinge decît în zori. 12. Puțină zăpadă — Se oferă de Anul Nou (sing.) — „Anul vechi a plecat, bine-ai venit, an nou", povestire scrisă pentru cei mici, de V. Gafița.

Cuvinte rare: LUL, ARIS, MER, IPEN.

Adam Stoica

sfaturi pentru noaptea Anului Nou

Ne apropiem cu pași repezi de sfîrșitul anului. O confirmă zilele din ce în ce mai „mini" sau, dacă vreți, nopțile „maxi"; o confirmă mercurul termometrului înghețat sub 0°; o confirmă „decibelii" bicelor ce se antrenează pentru plugușor.

Moș Gerilă aleargă neobosit, pe teren, după cadouri. Gospodinele trebăluiesc de zor în bucătăriile în care se împletesc aromele cele mai îmbietoare.

E atmosferă de sărbătoare!

Ne pregătim cu toții — de la copilul cu obraji de piersică coaptă, la bărbînul cu nea în păr — să întîmpinăm Noul An.

Cum îl întîmpinăm? Ca să pășim în el mai puternici, mai sănătoși?

Pentru asta — zic eu — cîteva sfaturi nu strică. Vreau să spun cîteva sfaturi medicale... sau mai puțin medicale. Ele se adresează, în primul rînd, celor suferinzi... dar nu strică nici celor sănătoși. Sau încă sănătoși.

Deci cîteva sfaturi pentru „noaptea cea mare", pentru noaptea Anului Nou.

— La cumpăna dintre ani... fiți veseli, plini de voie bună. Rîdeți cît mai mult. Chiar dacă rîsul îngrașă... nu-i pericol de obezitate!

— Ciocniți fără grijă cîteva pahare — pentru sănătate, pentru prosperitate, pentru succesele viitoare, dar lăsați mașina acasă. În felul acesta combateți sedentarismul... evitați pierderea carnetului de conducere, dacă vă întîlniți cu un milițian, agent de circulație, sau pierderea vieții, dacă vă întîlniți în drum cu un stîlp sau un pom!

— Sarmalele nu trebuie mîncate toate în noaptea de revelion! Mai lăsați și pentru zilele următoare. Încălzite sînt... mai gustoase!

— Nu spuneți vecinei de masă — mai corpolentă — că „silueta este de 3 feluri: care stîrnește invidia, care stîrnește plînsul și care provoacă... rîsul". S-ar putea să nu mai rîdeți toată noaptea!

— Nu vă vorbiți de rău colegii sau prietenii; nici pe medicii care vă îngrijesc. Masa de Anul Nou are atîtea bunătăți pe ea... că nu trebuie să-i „mîncați" și pe aceștia!

— Nu oferiți prăjituri unui diabetic. S-ar putea să nu vă refuze și... să trebuiască să chemați Salvarea!

— Chiar dacă sînteți un sudor fruntaș nu vă dovediți priceperea „sudînd" țigară de la țigară. Vă poluați plămînul... poluați atmosfera...vă scurtați viața proprie... și pe cea a comesenilor!

— Sarea poate fi folosită la discreție — ca și piperul — , dar numai la glume. În mîncare ea se pune cu măsură... Chiar și de revelion!

— Atenție la dans... la disco sau twist... mai ales, dacă sînteți mai corpolent și mai bogat în „primăveri". O mișcare mai bruscă poate însemna entorsă sau... hernie de disc. Și pe urmă nu mai dansați... nici tango!

— Dacă vă simțiți obosit... nu recurgeți la încă o cafea. O oră de somn e mai sigură și... mai sănătoasă. Apoi puteți relua petrecerea reconfortat în mod natural!

— Nu cereți copiilor să spună toată noaptea poezii. Lăsați-i și pe ei să se distreze! Sau, dacă orele sînt înaintate, să doarmă. Sînt și ei oameni... în devenire!

— Puneți cîntarul la vedere! E o aluzie... profilactică... pentru cei mai gurmanzi!

Sînt numai cîteva sfaturi! Ele nu urmăresc să vă strice voia bună, petrecerea! Au însă caracter preventiv: să evite suferințele... după Anul Nou. Să evite reluarea regimului cu brînză de vaci, sote de morcovi sau... ceai de sunătoare. Să evite concediul medical sau spitalizarea!

În speranța că am fost înțeles... vă doresc un An Nou fericit și... la mulți, la foarte mulți ani!

Dr. Eugen Alexe
Medic primar
Doctor în științe medicale

Rezolvarea jocurilor rebusiste

Chirurgie

Orizontal: Isac; spital; Nedelcovici; traheotomie; e; monturi; rt; Veer; dau; vur; s; cr; edecar; as; i; Noze; iarna; trepan; b; lc; i; c; e; Fulga; extirpa; ait; ei; i; Letea; anestezie; r.

La munte

Orizontal: Carpați; Ana; Almaș; Măcin; Rp; Sinaia; u; aia; AO; util; Ineu; vară; a; Mitrea; e; bt; așa; școala; N.T.; stil; stg; idee; tp; ri; o; Epte; umil; meat; Poiana; Urlea; Durău.

Monoverbe medicale

I. Recuperare (re — cu — pe — r — are)
II. Insulina (in — s — u — l — in — a)
III Inhalant (in — h — a — la — nt)
IV. Miocard (mi — o — ca — r — d)
V. Inoculare (in — o — cu — la — re)
Farmaceutică: Doctorii (doi actori — a)
Stomatologică: Plombare (porumbel — u + a)
Balneoclimaterică: Ape curative (a — pe — curăți — ve)
Serviciu medical: Stomatologie (moș+toiag+colet — c)
La odihnă și tratament: Băile Herculane, Vatra Dornei, Călimănești, Balvanyos

Pielea

Orizontal: Robescu; Nică; Iason; dermic; și; Sagri; iau; ces; piele; n; a; teamă; ciob; branț; calzi; slabi; viteaz; Tana; cat; a; o; End, fus; anin; făurar; alac; a; rujeolă; nu; Naij; argăsit.

Înaintași ai medicinii românești

Orizontal: Babeș; Vitzu; Anastasiu; n; Nasta; h; ras; uși; Na; sac; t; acriți; P; Bagdazar; șa; Asor; Enescu; ram; in; Saan; ațos; ir; rl; șuier; Sager; h; Ungureanu.

Momente de relaxare

Orizontal: a; calendar; viaduct; de; i; vena; cep; otavă; bule; aulă; hotar; NN; retur; t; est; g; rebo; organ; mur; trial; nuzi; lili; careu.

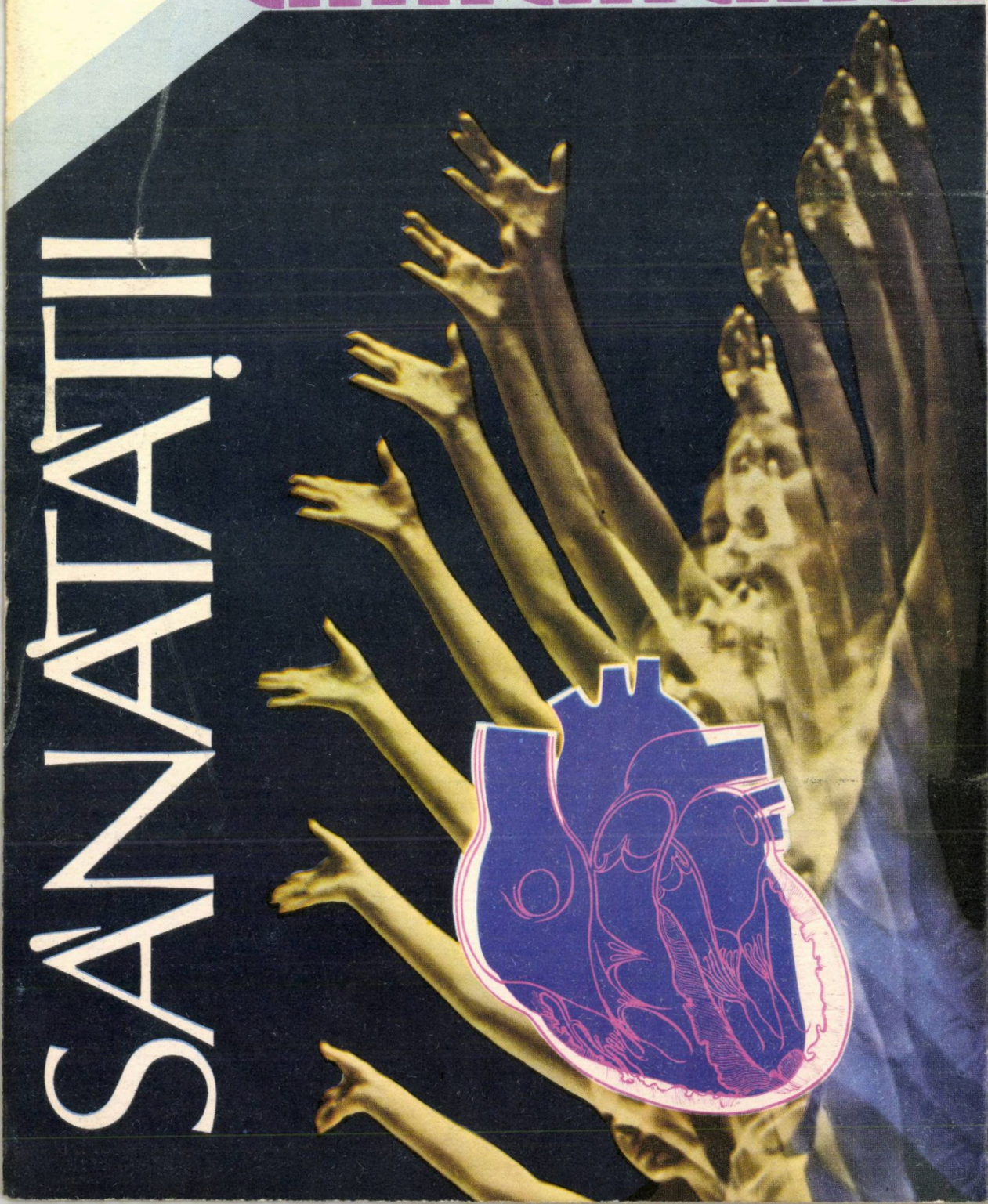
La mulți ani!

Orizontal: răvașe; Botez; e; era; Gerilă; Vasilică; ace; Enescu; s.; vb; j. Lul; abia; aia; Ilie; aspic; r; onest; copil; no; cabane; up; urare; a; alarmă; ție; torente; dans; apă; iarna; aa.

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

Lei 25

EDITURA MEDICALĂ

almanahul

SĂNĂTĂȚII